N° 17

DE

LA VERSION

PAR MANŒUVRES EXTERNES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 16 Mai 1883

Par Georges Hadji STÉPHANOFF
Hadji STOYANOFF

Né à Slivno (Roumélie Orientale)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Ars, imitatio naturæ.

MONTPELLIER
TYPOGRAPHIE ET LITHOGRAPHIE BOEHM ET FILS
IMPRIMEURS DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE DES SCIENCES MÉDICALES
ÉDITEURS DU MONTPELLIER MÉDICAL, DE LA REVUE DES SCIENCES NATURELLES,
DE LA SOCIÉTÉ LANGUEDOCIENNE DE GÉOGRAPHIE.
1883

PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. J. BENOIT ✠ ✠..... DOYEN
CASTAN ..... } ASSESSEURS
COMBAL ✠ ..... }

PROFESSEURS :

Opérations et Appareils.....	MM. BOUISSON. O ✠ ✠, DOY. HO.
Pathologie externe.....	BOYER ✠.
Accouchements.....	DUMAS ✠.
Clinique médicale.....	DUPRÉ ✠ C ✠.
Anatomie.....	BENOIT ✠ ✠.
Clinique chirurgicale.....	COURTY ✠.
Clinique médicale.....	COMBAL ✠ ✠
Clinique des maladies mentales et nerveuses....	CAVALIER ✠.
Physique médicale.....	MOITESSIER ✠.
Anatomie pathologique et Histologie.....	ESTOR.
Médecine légale et Toxicologie.....	JAUMES
Clinique chirurgicale.....	DUBRUEIL ✠.
Chimie médicale et Pharmacie.....	ENGEL.
Hygiène.....	BERTIN-SANS.
Pathologie interne.....	CASTAN.
Thérapeutique et Matière médicale.....	GRASSET.
Botanique et Histoire naturelle médicale.....	PLANCHON ✠ ✠.
Physiologie (Chargé du Cours).....	LANNEGRACE.

MARTINS (O ✠) FONSSAGRIVES (O ✠), Professeurs honoraires.

CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUES ANNEXES:

Clinique des maladies des enfants.....	MM. BATLLE.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées..	GAYRAUD.
Clinique des maladies des vieillards.....	HAMELIN.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM, JACQUEMET.	MM. CARRIEU.	MM. MORIEZ.
PECHOLIER.	MAIRET.	REGIMBEAU ✠.
GRYNFELTT.	CHALOT.	TÉDENAT.
DE GIRARD.	BIMAR.	DUMAS fils.
SERRE.	LANNEGRACE.	
ROUSTAN.	MOSSÉ.	

M. F.-J. BLAISE, *Secrétaire*.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

MM. ESTOR, *président* ;
BOUISSON, professeur ;
JACQUEMET, agrégé ;
DUMAS Fils, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur, qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Vous vous êtes sacrifiés pour moi ;
A vous désormais ma gratitude sans bornes.

A mon Frère DIMITRI

Meri pour ton abnégation.

A MA FEMME ET A MON FILS

A MES FRÈRES ET SŒURS

G. STOYANOFF.

A LA MÉMOIRE DE MA BELLE-MÈRE

A MON BEAU-PÈRE

A Monsieur le Dr GRYNFELTT

Professeur Agrégé.

Je n'oublierai jamais votre dévouement pour les miens. Recevez ce faible témoignage de ma reconnaissance éternelle.

A Monsieur le Professeur BENOIT

Doyen de la Faculté.

G. STOYANOFF.

A Monsieur DUMAS

Professeur d'Accouchements.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur ESTOR

A Monsieur GRASSET

Professeur de Thérapeutique.

A MM. LES AGRÉGÉS

LANNEGRACE, L. DUMAS, H. BLAISE, TÉDENAT,
REGIMBEAU, BAUMEL ET VILLE.

G. STOYANOFF.

A Monsieur le Dr GERBAUD

Chef de Clinique Obstétricale.

Je n'oublierai pas vos leçons éclairées.

A MES PROFESSEURS

De ROBERT-COLLEGE, (Constantinople).

A Monsieur P. KLEIN

Chef du Service de la Perception à la Trésorerie Générale de l'Hérault.

A MES AMIS

MM. LE Dr RASCOL, CHRISTOFF, SÉRAPHIMOFF, CALTCHOFF, ATANASSOFF, DEDEFF, MIHAÏLOWSKI, SARY-IVANOFF. GABOLDE, BRESSON.

G. STOYANOFF.

INTRODUCTION.

Originaire d'un pays où la pratique des Accouchements est abandonnée presque entièrement aux sages-femmes, nous avons cru devoir étudier spécialement l'Art obstétrical, un peu délaissé dans notre patrie, pensant que nous pourrions ainsi rendre de plus grands services à nos concitoyens. Nous avons donc voulu contribuer pour notre faible part à l'étude d'une opération dont l'importance n'a d'égale que sa simplicité. En effet, si la version par manœuvres externes peut, quand elle est faite à temps, conjurer de grands périls et pour la mère et pour l'enfant, elle est néanmoins d'une facilité telle, qu'elle peut être pratiquée par des personnes même peu familiarisées avec les grands problèmes de la dystocie ; de plus, elle ne rentre pas dans le cadre des opérations interdites par la loi aux accoucheuses, et, comme telle, nous avons cru qu'il serait utile de la faire connaître dans notre pays.

Nous avons été singulièrement favorisé dès le début de nos études dans l'art des accouchements. Nous avons pu suivre pendant quelques années les savantes leçons de M. le Professeur Dumas. Nous en avons retenu plus que les règles théoriques, nous y avons pu récolter aussi de grands enseignements pratiques. Nous savons particulièrement quelle haute importance il attache à l'opération qui fait l'objet de notre travail. D'un autre côté, nous avons eu le bonheur de suivre les excellents conseils d'un de nos

Maîtres dont la compétence en matière obstétricale est bien connue, de M. le Professeur agrégé Grynfeltt, que nous ne saurions trop remercier pour la bienveillance avec laquelle il a dirigé nos études.

Notre travail se divise en plusieurs paragraphes. Après avoir fait rapidement l'histoire de la version par manœuvres externes et donné quelques détails sur la version spontanée et les présentations vicieuses du fœtus, nous en arrivons à l'étude de l'opération en elle-même. Nous étudions son manuel opératoire et nous arrivons à déterminer le moment auquel on doit opére . Un chapitre spécial est relatif aux services que peut rendre l'opération de Wigand dans le cas où le bassin est rétréci. Enfin nous terminons par un parallèle des deux versions, au point de vue de leurs avantages respectifs, dans des cas bien déterminés.

Nous réclamons, pour notre travail, toute la bienveillance de nos Juges. Comme étranger, nous ne pouvions guère éviter les écueils de la langue française ; aussi devons-nous remercier ici M. le Dr Gerbaud, Chef de Clinique obstétricale, qui nous a facilité notre tâche et nous a donné de nombreux conseils pour la mener à bon terme.

DE LA

VERSION PAR MANŒUVRES EXTERNES

HISTORIQUE.

Il n'est pas bien nécessaire, croyons-nous, de faire remonter aux temps préhistoriques l'origine de la version par manœuvres externes. On a voulu attribuer à Hippocrate le mérite de cette invention ; mais que ne lui a-t-on pas attribué ? Si nous songons qu'à l'époque d'Hippocrate l'art obstétrical était encore dans l'enfance ; si nous songeons que l'on attribuait alors l'accouchement aux efforts que le fœtus faisait pour rompre sa coquille ; si nous songeons surtout que la pratique de l'art était entre les mains de matrones le plus souvent ignorantes, nous n'aurons aucune peine à admettre que l'opération dont nous parlons doit être forcément une découverte toute moderne. Son invention repose en effet sur l'observation attentive des faits présentés par la nature même, de ces faits de version spontanée, assez rares en somme, et qui commandent d'ailleurs une attention intelligente ; elle repose aussi sur la connaissance exacte des dispositions anatomiques de l'œuf et de l'utérus pendant le cours de la grossesse. Comment pourrait-on penser qu'à une époque où l'observation était peu possible, où les connaissances anatomiques étaient très imparfaites, où les idées sur l'accouchement même étaient erro-

nées, les hommes de l'art aient pu songer à une opération de ce genre et oser la tenter ?

Certes, nous ne voulons rien enlever à la gloire du Vieillard de Cos, mais nous lui refusons complètement le mérite de cette invention. Sur quels textes s'appuie-t-on ?

Nous lisons ceci dans les œuvres du Père de la Médecine[1] : « Lorsque l'enfant en vie se présente par les mains ou par les pieds, on doit repousser ces parties dès aussitôt qu'elles se montrent, et tourner l'enfant pour en faciliter la sortie par la tête ».

Il s'agit bien là de version, mais de version interne, bien entendu, et de version céphalique, c'est-à-dire d'une opération qu'on ne pratique plus aujourd'hui.

Pour Hippocrate, c'est là l'opération qui convient le mieux. Y a-t-il là quelque chose qui ressemble aux pressions méthodiques faites sur l'abdomen pour rectifier la présentation du fœtus ?

C'est à Jacques Rueff (1554) que revient l'honneur d'avoir indiqué le premier la possibilité de cette manœuvre et le manuel opératoire. « La sage-femme, dit-il[2], fera des pressions sur le ventre de la mère, près de l'ombilic, afin que l'enfant, en se retournant dans l'utérus, se présente sous une autre forme. »

Rueff conseille de pratiquer son opération dans les cas de présentation du siège aussi bien que dans celle de l'épaule. Il avait recours en même temps à l'introduction de la main dans les voies génitales ; il faisait, en somme, l'opération encore recommandée en Allemagne sous le nom de version combinée.

En 1596, Mercurius Scipion, un religieux, propose la même opération ; il conseille de se servir surtout des mains appliquées sur l'abdomen pour retourner l'enfant.

A partir de cette époque, la méthode semble oubliée ; du

[1] Hippocrate ; Des maladies des femmes, liv. I, § 18.

[2] Rueff ; De conceptu et generatione hominis.

moins, on n'en trouve plus trace dans les livres des médecins. Au XVIIIe siècle, Dionis, Rœderer, Goubelly, Froriep, donnent dans leurs livres les règles du palper abdominal ; mais ce n'est guère que dans ce dernier auteur que nous retrouvons les prescriptions de Rueff et de Mercurius Scipion. Jusqu'ici, on le voit, les indications de cette opération sont annoncées vaguement ; les accoucheurs n'ont pas encore songé à en faire une méthode.

Cet honneur revient donc tout entier à Wigand, accoucheur allemand, qui en 1807 décrivit l'opération et en formula les indications d'une façon si complète que, depuis, on a dit peu de nouvelles choses à ce sujet. Son premier Mémoire fut publié en 1807 dans le *Magasin de Hambourg*. En 1812, Wigand adressa aux Académies de Médecine de Berlin et de Paris un nouveau Mémoire plus considérable, dans lequel il démontrait les avantages de la version externe. Le livre de Wigand passa inaperçu en France, comme beaucoup d'autres bonnes choses à cette époque troublée ; et ce n'est qu'en 1857 qu'il fut connu, grâce à la traduction de M. Hergott, agrégé à la Faculté de Strasbourg. Nous ne pouvons mieux faire que de citer textuellement l'appréciation qu'a faite de ce livre M. le professeur Stoltz : « M. Hergott, dit-il dans l'Introduction, a rendu un véritable service à la science obstétricale française et aux praticiens de notre pays en publiant la traduction de ce Mémoire, qui renferme plus de vérités et plus de préceptes utiles que maint livre qui contient dix fois plus de pages [1] ».

En Allemagne, la découverte de Wigand porta immédiatement ses fruits. La version par manœuvres externes est conseillée et appliquée avec succès par d'Outrepont [2] de Wurzbourg (1817), par Wenzel (1818), par Ritgen [3] enfin.

[1] De la version par manœuvres externes et de l'extraction du fœtus par les pieds, par Wigand, traduit de l'allemand par J. Hergott, avec une Préface par le professeur Stoltz.

[2] D'Outrepont ; Von der Selbstwendung und der Wendung auf den Kopf. Wurzburg, 1817.

[3] Ritgen ; Anzeigen der mechanischen Hülfen bei Entbindungen. Giessen, 1820.

En 1821, Siebold, dans son *Traité d'accouchements*, y consacre un long chapitre. Plus tard les érudits allemands, et il y en a beaucoup dans ce pays, croient trouver des traces de cette pratique dans les livres des Orientaux, des Japonais en particulier.

En France, le professeur Velpeau se montre peu enthousiaste de la nouvelle méthode, au moins dans la première édition de son livre [1].

« Avant de connaître la doctrine du professeur allemand, dit-il, j'avais déjà suivi ce précepte, et j'ai reconnu qu'en s'y conformant, il est quelquefois possible en effet de redonner au vertex sa position naturelle ; mais je ne pense pas que cette manœuvre soit jamais d'un grand secours quand les eaux sont écoulées depuis longtemps et la matrice fortement serrée. »

Les professeurs P. Dubois, Lécorché-Colombe, obtiennent de nouveaux succès soigneusement consignés dans leurs observations.

Les Traités classiques de Cazeaux, Jacquemier, Chailly-Honoré, font également mention de cette opération.

En 1855, M. Matteï [2], dans son livre bien connu par de nombreuses exagérations, prône beaucoup la méthode de Wigand.

Il a le tort d'ailleurs de vouloir trop innover. La version externe, faite dans le but de corriger les irrégularités des présentations du sommet, se nomme dans son livre la réduction céphalique. De plus, M. Matteï ne considère comme présentations naturelles normales que les seules présentations du sommet.

Busch [3] (1826), conseille la version externe. Kilian [4] (1836),

[1] Velpeau; Traité d'accouchements, 1829.

[2] Matteï; De l'accouchement physiologique.

[3] Busch ; Geburtshülfliche Abhandlungen. Marburg, 1826.

[4] Kilian; Operations Lehre für Geburtshülfe. Bonn, 1836.

Rosshirt[1] (1842), Lampe[2] (1843), vulgarisent dans leur pays les idées de Wigand.

En 1847, Hüter, dans un Mémoire remarquable, donne la relation de trente opérations de ce genre faites avec succès pendant une période de dix ans. Ed. Martin (d'Iéna) publie en 1849 sept succès nouveaux.

Enfin, les Traités classiques de Nœgelé, de Scanzoni, parlent longuement de la version par manœuvres externes, et s'attachent à en démontrer la haute importance.

Il en advint alors, pour la version par manœuvres externes, ce qui s'est produit souvent dans l'histoire de la science, ce qui s'était produit notamment pour l'invention du forceps. Un accoucheur éminent de Louvain, le Dr Hubert, redécouvrit, pour ainsi dire, la version externe. En 1843, sans connaître aucunement le Mémoire de Wigand, il publiait dans les *Annales de Gynécologie* le résultat de ses observations.

Le Dr Hubert insiste surtout, dans son travail, sur les moyens de diagnostic des présentations vicieuses.

La méthode eut cependant ses contradicteurs. En 1844, le Dr Hendrickx déclare l'opération peu pratique. Ce praticien avait eu des insuccès, dus d'ailleurs à ce qu'il ne pratiquait l'opération que pendant les contractions utérines. Il n'y avait pas lieu, on le voit, d'incriminer la méthode.

A partir de cette époque, de nombreux et consciencieux travaux sont publiés dans les diverses Facultés françaises. Bon nombre de jeunes docteurs, dans leurs Thèses inaugurales, prouvent, à l'honneur de la méthode, les soins qu'on apporte à la perfectionner. Citons les travaux de Belin (1856) à Strasbourg, de Nivert (1862) à Paris, de Clément (1863), et de Laugier (1865) à Montpellier, de Ducellier (1865) à Paris[3].

[1] Rosshirt ; Die geburtshülfliche Operationen. Erlangen, 1842.

[2] Lampe ; Cursus der practichen Geburtshülfe. Wien, 1843.

[3] Thèses inaugurales.

Le professeur Depaul donne les règles de cette opération, mais il ne paraît pas y attacher une très grande importance. Voici d'ailleurs ce qu'il dit dans ses *Leçons de Clinique obstétricale* (pag. 25).

« Les pressions exercées devront d'abord être douces, régulières ; on n'opérera que pendant l'intervalle des contractions, en maintenant cependant les mains sur les extrémités pendant la douleur, pour que ces parties ne viennent pas reprendre la place qu'elles occupaient primitivement. Si les premiers efforts ne réussissent pas, on augmente peu à peu la pression, sans cependant dépasser une limite raisonnable, car cela pourrait devenir dangereux pour la mère et pour l'enfant. *Cette opération réussit assez rarement*, car il est difficile, en effet, de trouver réunies chez une même femme les conditions favorables du côté de la mère et du côté de l'enfant ; aussi, quoique préconisée au commencement de ce siècle, elle n'est encore entrée dans la pratique qu'à titre exceptionnel.» — M. le professeur Depaul n'indique pas suffisamment, croyons-nous, quelles sont les conditions favorables qu'il est rare de rencontrer. La difficulté de cette manœuvre ne nous paraît pas tellement grande pour que l'on puisse affirmer qu'elle soit la cause du délaissement où l'opération a été laissée pendant un grand nombre d'années.

Aussi faut-il, selon lui, pratiquer l'opération quand même dans les présentations de la face et du siège. L'urgence est cependant beaucoup moins démontrée dans ces derniers cas que dans les présentations du tronc. Doit-on, en cette occurrence, risquer d'amener des désordres de l'organisme maternel en faisant la version, alors qu'il est amplement prouvé que l'accouchement par la face ou par le siège peut s'effectuer par les seules forces de la nature?

Les auteurs allemands modernes se gardent bien de dédaigner la méthode de Wigand. Dans tous leurs Traités, ils lui donnent une large place et en indiquent soigneusement tous les avanta-

ges. Dans le livre du Dr A. Martin (de Berlin), les indications de la manœuvre sont très bien précisées. Pour que l'on puisse opérer, dit-il [1], il faut : 1° que la mobilité du fœtus soit suffisante, par conséquent que la poche des eaux soit intacte ou qu'au moins elle ne soit rompue que depuis peu de temps ; 2° qu'il y ait absence complète de contractions utérines ; 3° qu'aucune complication n'intervienne, telles que les hémorrhagies, le prolapsus du cordon, l'inflammation ou la rupture de l'utérus, etc.

Il est vrai de dire que le même auteur, comme tous ses compatriotes, préconise encore une version par manœuvres externes et internes combinées, laquelle exige l'introduction partielle de la main dans les voies génitales.

Schrœder [2] insiste fort peu sur la méthode de Wigand. Il conseille de l'employer toujours avant de recourir aux manœuvres internes. Il donne en quelques mots le manuel opératoire. Il semble d'ailleurs ne s'occuper que de la version céphalique par manœuvres externes, ce qui le conduit naturellement à repousser la méthode dans les cas de rétrécissements du bassin. S'il s'était mieux souvenu des conseils de Wigand, qui amenait le siège, à défaut de la tête, au détroit supérieur, il aurait pu voir sans doute, lui, le partisan acharné de la version podalique interne dans les retrécissements, le parti que l'on pouvait tirer de la méthode du Professeur de Hambourg pour le traitement des angusties pelviennes. Il s'occupe beaucoup, par contre, de la version par manœuvres internes et externes combinées, tout comme A. Martin. Nous reprocherons à cet auteur de n'avoir pas posé les indications de l'opération.

Kleinwæchter[3] parle aussi de la méthode de Wigand, mais n'en donne aucune appréciation. Il conseille seulement d'abaisser in-

[1] A. Martin; Leitfaden der Operationen Geburtshülfe.

[2] Manuel d'accouchements, trad. Charpentier.

[3] Gründriss der Geburtshülfe. Leipzig, 1881.

différemment la tête ou le siège, selon qu'ils sont plus ou moins rapprochés du détroit. Dans son livre, nous trouvons aussi la description de la version combinée, connue sous le nom de méthode de Braxton Hicks. Celle-ci consiste à repousser la partie qui se présente avec le doigt porté dans l'orifice du col, pendant que l'autre main, appliquée sur l'abdomen, cherche à abaisser la tête.

En 1878 paraît le livre de M. l'agrégé Pinard sur le *Palper abdominal* et la *Version par manœuvres externes*. Nous ne pouvons analyser complètement ce livre, où les règles du palper abdominal sont supérieurement exposées : ce serait trop long. Pour ce qui concerne la version externe, M. Pinard propose l'opération pendant le cours de la grossesse, au septième et huitième mois, et, pour empêcher la reproduction de la présentation vicieuse, il a inventé une ceinture spéciale composée de bandes élastiques qui, par leur tension continuelle, doivent remplacer, selon l'auteur, la tonicité abdominale et utérine, abolies par les grossesses antérieures. Selon M. Pinard, le procédé est infaillible. L'auteur signale dans son livre un grand nombre d'observations favorables. M. Pinard ne dit pas un mot de la conduite à tenir dans les cas de rétrécissements du bassin, et c'est là le tort le plus considérable, croyons-nous, de tous les auteurs que nous venons de citer. Et cependant les présentations vicieuses n'ont-elles pas souvent pour cause occasionnelle un bassin vicié ? Nous n'avons pas le droit de critiquer autrement l'œuvre de M. Pinard, qui nous semble trop affirmatif dans beaucoup de cas. Quant à sa ceinture eutocique, elle est employée depuis longtemps sous une autre forme à la Clinique de Montpellier.

Nous ne devons pas oublier, dans cet historique, la part considérable qui revient à l'École de Montpellier dans la propagation de la méthode de Wigand. C'est pour nous un devoir de rappeler ici l'enseignement du Professeur Dumas.

Nous ne pouvons mieux faire que de citer ici textuellement l'éloge qu'en a fait récemment M. l'agrégé Grynfeltt[1].

« Je tenais d'autant plus, dit-il, à livrer à la publicité les quelques faits que j'avais observés, témoignant en faveur des manipulations extérieures destinées, soit à diagnostiquer, soit à changer les rapports du fœtus avec l'organisme maternel, que si M. Hubert (de Louvain) a pu dire avec raison que : « le palper »abdominal paraît avoir si peu conquis le droit de cité à Paris, »qu'on l'y invente encore tous les jours»; à Montpellier, la pratique de ce moyen de diagnostic et la version par manœuvres externes, qui en est l'application directe, sont enseignées, depuis plus de trente ans que M. Dumas occupe la chaire d'accouchements, avec tout le soin qu'elles méritent.»

Nous avons cité plus haut, dans leur ordre chronologique, les travaux de MM. Clément et Laugier, de la Faculté de Montpellier.

Il nous reste à citer, pour compléter cet historique, un travail de M. Grynfeltt paru dans le *Montpellier Médical* en 1867 [2], dans lequel ces questions sont incidemment traitées.

Ces divers travaux prouvent que la question qui nous occupe, a été bien étudiée dans l'École à laquelle nous avons l'honneur d'appartenir. « Elles prouvent bien, comme le dit encore M. l'agrégé Grynfeltt, l'attention que le Professeur de tocologie de notre Faculté donne à l'étude, et du toucher externe et des manipulations extérieures propres à réaliser l'accommodation artificielle du fœtus avec les parties maternelles.»

[1] Quelques réflexions sur la version par manœuvres externes. (Gazette hebdomadaire, août 1882.)

[2] J. Grynfeltt; Des obliquités de la matrice, leur influence pendant la grossesse et pendant le travail de l'enfantement. (Montpellier médical, 1867.)

VERSION SPONTANÉE.

Nous l'avons dit précédemment, c'est par l'observation des versions spontanées que Wigand a été conduit à pratiquer la version par manœuvres externes. Il nous semble donc bien naturel d'étudier en passant ce phénomène de la nature.

Denman, le premier, étudia sérieusement la question de la version spontanée. Le premier, il observa le changement d'une présentation du tronc en une présentation du siège, et cela en dehors des secours de l'art. Il ne tarda pas à publier des faits de ce genre et leur donna le nom d'évolution spontanée. Ce dernier terme doit être rejeté aujourd'hui, car on appelle évolution spontanée le mécanisme naturel de la présentation de l'épaule, le mot de version spontanée étant réservé aux changements dans la présentation opérés par la nature. M^me^ Lachapelle a observé souvent des phénomènes de ce genre.

Tous les accoucheurs modernes en ont pu constater la réalité, et Wigand en avait observé un assez grand nombre quand il proposa de faire la version par de simples manœuvres externes.

La version spontanée se produit le plus souvent avant la rupture de la poche des eaux. Voici comment Tarnier décrit cette opération naturelle dans son récent *Traité d'accouchements*: « Lorsque le travail est commencé, si l'œuf est encore intact, si surtout le liquide amniotique est abondant, le fœtus jouit encore d'une mobilité assez grande, et l'on comprend très bien qu'il exécute, pendant le travail comme pendant la grossesse, mais moins facilement, un mouvement qui éloigne l'épaule du détroit supérieur pour y faire descendre la tête ou le siège. Cette mutation, au lieu d'être exécutée par le fœtus, est quelquefois produite par la pression qu'exercent sur lui les contractions utérines;

car si cette pression est plus forte d'un côté que de l'autre, l'épaule est repoussée et l'une des extrémités de l'ovoïde fœtal vient prendre sa place; mais quand la poche des eaux est rompue depuis un certain temps, la version spontanée se produit rarement ; aussi le cas observé par Velpeau a acquis une certaine célébrité : « Une jeune femme, enceinte pour la seconde fois, entre à l'hôpital au mois d'août 1825, à 10 heures du matin. Le col était encore peu dilaté. Toutefois, je pus reconnaître l'épaule gauche en seconde position. Les eaux ne s'écoulèrent qu'à trois heures après midi. Quatre élèves déjà instruits pratiquèrent le toucher et reconnurent comme moi la présence de l'épaule. On ne voulut pas aller à la recherche des pieds, les douleurs n'étant ni fortes ni fréquentes, et je n'étais pas sans quelque confiance dans les assertions de Denman. A huit heures, l'épaule est sensiblement déjetée vers la fosse iliaque gauche, et je puis facilement sentir l'oreille droite. A onze heures, la tempe est presque au centre de l'orifice. L'énergie des contractions est augmentée et le col complètement effacé. A minuit, le vertex s'abaisse, la tête s'engage, etc.; dans l'espace d'une heure, l'enfant est expulsé en position occipito-cotyloïdienne droite. »

La procidence du bras dans le vagin n'exclut pas la possibilité de la version spontanée.

Dans ce cas, le bras remonte dans la cavité utérine ou se place sur les côtés de la tête. Velpeau avait donné à ce procédé de la nature le nom particulier d'évolution céphalique. Les accoucheurs modernes lui gardent le nom de version, la procidence du bras n'étant qu'un épiphénomène ajouté à la version spontanée.

L'explication de ce phénomène a été donnée d'une façon différente par les auteurs. Les uns l'attribuent à l'irrégularité des contractions utérines, aux contractions partielles de cet organe s'exerçant avec plus de force sur l'une des deux extrémités de l'ovoïde fœtal, qui se trouve ainsi poussé vers le centre du dé-

troit supérieur. De là, la version spontanée céphalique et la version spontanée podalique, suivant que la tête ou le siège se trouvent amenés au détroit abdominal.

« La tête du fœtus, dit Velpeau, qui en est la partie la plus solide, la plus volumineuse, la plus régulièrement arrondie, et par cela même la plus glissante, tend naturellement à se porter vers l'une ou l'autre des extrémités du grand diamètre de l'utérus, vers le vide du bassin. Si, sous l'influence d'une cause quelconque, elle a pris une autre position, il est tout simple que, pressée par l'organe qui la renferme, elle reprenne peu à peu et sans trop de difficultés la place qu'elle occupe dans l'état naturel. Quand la matrice se contracte, si l'ovoïde fœtal est bien situé, il se trouve partout également comprimé. Mais s'il est, au contraire, dans une position déviée, ses extrémités supportent presque seules tout l'effort des contractions, et sans l'épaule, qui, de son côté, est assez saillante pour s'arrêter au détroit, la tête ou le pelvis y seraient presque toujours amenés [1]. »

M. Tarnier, dans son édition de Cazeaux, rapporte le passage précédent et ajoute : « Sans nier absolument cette assertion, nous trouvons une application plus naturelle des faits en faisant remarquer que les contractions générales et régulières de l'utérus ont pour premier effet de redresser l'ovoïde utérin et de lui donner une forme plus régulière et plus allongée ; l'utérus se resserre pour ainsi dire d'un côté à l'autre, sa cavité s'amoindrit en pressant sur les extrémités céphalique et pelvienne du fœtus, et, pour peu que le grand diamètre du fœtus soit oblique, il est ramené dans une direction verticale si l'épaule est assez mobile pour quitter le détroit supérieur[2].

Nous admettons de préférence l'opinion de Tarnier. Elle repose sur cette grande loi de l'accommodation qui doit toujours être présente à l'esprit de l'accoucheur.

[1] Velpeau ; Traité d'accouchements, tom. I.

[2] Cazeaux, édité par Tarnier.

Velpeau donne trop d'importance à la tête du fœtus, qui, selon lui, doit toujours glisser vers le vide du bassin, c'est-à-dire du côté du détroit supérieur. Velpeau rejette donc, inconsciemment sans doute, la possibilité de la version spontanée podalique, et cependant ce dernier mode a été dûment observé. Ce qui est vrai avant tout, c'est que, lorsque la version spontanée se produit, c'est généralement l'extrémité de l'ovoïde fœtal la plus rapprochée du détroit qui vient remplacer l'épaule. Nous admettons volontiers que ce soit le plus souvent la tête du fœtus; mais, après tout, pour des raisons secondaires (circulaire autour du cou ou du bras), le siège peut très souvent glisser beaucoup plus facilement au centre du détroit que l'extrémité céphalique. Cela est si vrai que la version externe ne peut souvent se faire selon le mode céphalique, nous le dirons plus loin, et que l'accoucheur est souvent obligé d'abaisser le siège vers le détroit quand il y a impossibilité d'abaisser la tête.

Une dernière remarque doit être faite : La version spontanée s'observe trop rarement pour que l'on soit autorisé à temporiser dans les cas de présentation de l'épaule. Il convient, dans ces cas surtout, d'imiter l'exemple que nous donne la nature trop rarement, et de faire la version par manœuvres externes. Mais, pour que cette opération puisse se faire en connaissance de cause, il est de toute nécessité, pour l'accoucheur, de bien connaître les rapports primitifs du fœtus; en un mot, de bien faire le diagnostic des présentations vicieuses du fœtus. Ce sera l'objet du chapitre suivant.

DIAGNOSTIC DES PRÉSENTATIONS DE L'ÉPAULE.

Les anciens donnaient le nom de présentations vicieuses à toutes celles dans lesquelles le sommet de la tête ne correspondait pas au col de l'utérus. Cette opinion, évidemment exagérée, a été émise de nouveau, de nos jours, par M. Matteï, qui considère même les présentations du siège comme anormales. Certes, dans ce dernier cas, l'accouchement peut être un peu plus difficile ; le pronostic est sérieux pour l'enfant, mais est-il absolument grave ? Non évidemment.

D'ailleurs, à notre avis, on ne devrait considérer comme présentations vicieuses que celles dans lesquelles le mécanisme devient difficile ou impossible, et cela en dehors de toute question de pronostic pour la mère et pour l'enfant.

Certes, la présentation du sommet est, en tout cas, préférable à celle du siège et surtout à celle de la face ; mais cela veut-il dire que, dans ces dernières, l'expulsion par les seules forces maternelles du produit de la conception soit impossible ? On peut rencontrer des anomalies de mécanisme dans ces derniers cas, certainement ; mais ce sont là des accidents du travail même et qui peuvent et doivent être conjurés au moment même où ils se produisent. Parmi ces derniers, nous rangerons les présentations inclinées du sommet de la face ou du siége, le défaut de rotation du menton en avant, etc.

Les présentations vicieuses, au contraire, sont des accidents antérieurs à l'accouchement. Elles consistent dans une attitude telle du fœtus au-dessus du détroit supérieur, que son engagement dans la filière pelvienne est, sinon impossible, au moins excessivement difficile. C'est là le cas des présentations de l'épaule, et aujourd'hui on ne considère que ces dernières comme réellement vicieuses.

C'est dans ces présentations qu'il est de toute nécessité d'intervenir pour rectifier la situation primitive du fœtus; c'est dans ces présentations surtout que l'accoucheur aura recours à la version par manœuvres externes dans les circonstances que nous indiquerons ultérieurement.

Plus loin, nous donnons le conseil d'opérer également pour les présentations primitives du siège ; mais, dans ces cas, l'intervention n'est pas absolument nécessaire, aussi ne croyons-nous pas très utile de donner ici le diagnostic de ces présentations, qui d'ailleurs n'offre pas les mêmes difficultés que celui des présentations de l'épaule.

Nous donnons également le conseil d'opérer d'une façon inverse dans les cas où le bassin est rétréci, non parce que la présentation du sommet est vicieuse, mais parce que nous pensons que l'engagement de la tête par la base, au travers du point rétréci, se fera plus facilement. Nous traiterons d'ailleurs ces cas particuliers dans un chapitre spécial.

Il ne nous reste donc à nous occuper ici que du diagnostic des présentations de l'épaule.

Nous n'avons à établir ce diagnostic que pendant la grossesse, les cas dans lesquels on pourrait reconnaître la présentation de l'épaule pendant le travail, déjà avancé, n'étant guère susceptibles d'être traités par la version externe.

Les signes qui nous permettront de reconnaître une présentation de l'épaule avant le travail peuvent se diviser en trois classes.

1° *Signes de présomption*, comprenant les commémoratifs, la forme du ventre, le siège des mouvements actifs du fœtus ;

2° *Signes de probabilité*, donnés par le toucher vaginal et l'auscultation ;

3° *Signes de certitude*, donnés par le seul palper abdominal.

1° Les *commémoratifs* nous permettront de savoir si la femme est primipare ou multipare, ce qui est toujours d'une grande importance ; on ne doit pas négliger de savoir si les grossesses précédentes sont arrivées à terme, si les accouchements ont été normaux. Une première présentation de l'épaule doit toujours en faire craindre une seconde. Il est des femmes chez lesquelles les présentations transversales se reproduisent avec une persistance vraiment déplorable. M. Nivert cite dans sa Thèse différentes observations de ce genre. Ed. Martin (d'Iéna) fut appelé auprès d'une femme qui pour la septième fois offrait une présentation du tronc. M. Stoltz, sur six grossesses, a vu trois présentations de l'épaule chez la même femme ; Danyau cite le cas de neuf grossesses consécutives terminées par une présentation de ce genre. Dans certaines familles, d'après les auteurs, toutes les femmes auraient ce triste privilège de ne pouvoir accoucher qu'après l'intervention de l'homme de l'art.

Ces dispositions proviendraient, d'après Wigand et Hergott, d'une forme anatomique spéciale de l'utérus, dont les dimensions transversales sont exagérées.

La profession des femmes n'est pas sans influence sur la présentation du fœtus ; selon notre Maître, le professeur Dumas, la profession de lessiveuse aurait une influence remarquable. Dans une de nos observations, il s'agit justement d'une lessiveuse qui présentait une présentation transversale du fœtus. Dans la Thèse du Dr Clément, il est cité le cas d'une dentellière louche et myope dont le fœtus se présentait ainsi. L'attitude habituelle de cette femme pendant son travail était sans doute pour beaucoup dans cet accident.

La *forme du ventre élargi* transversalement est encore un signe de présomption. Cette forme du globe utérin est surtout rendue évidente si l'on comprime le fond de l'utérus avec le bord cubital de la main. Dans ces cas, le diamètre transversal peut l'emporter sur le diamètre vertical. Ce signe n'a que fort peu de valeur.

Le *siège des mouvements actifs* peut mettre sur la voie du diagnostic, mais à condition qu'ils soient perçus par l'accoucheur lui-même. Les femmes donnent rarement des renseignements précis à cet égard. A la Clinique d'accouchements de Montpellier, nous avons pu constater souvent combien leurs indications peuvent induire en erreur. Dans les cas de présentations du tronc, l'enfant ne jouit pas de beaucoup de liberté, et, partant, ses mouvements sont très limités. Il en résulte que les sensations perçues par la femme sont des plus obtuses.

La main de l'accoucheur appliquée sur le ventre percevra assez facilement les chocs du fœtus, pourvu que celui-ci se livre à des mouvements assez énergiques.

Pour les provoquer, il suffit le plus souvent de réveiller le fœtus par des coups portés avec le plat de la main sur l'abdomen de la femme; on peut aussi engager la femme à arrêter le cours de sa respiration. Ce moyen, d'après Jacquemier, provoquerait des mouvements énergiques du fœtus. L'action du froid est nulle. Dans les cas de présentations transversales, le siège de ces mouvements se trouve dans l'un ou l'autre flanc; on les perçoit d'autant mieux que la variété de la présentation est dorso-postérieure.

2° Le *toucher vaginal* ne donne absolument que des signes négatifs pendant la grossesse ; il ne prend de l'importance qu'au moment de l'accouchement. Ces signes négatifs permettent de faire le diagnostic par exclusion. L'élévation de l'épaule, due à la difficulté qu'elle a pour s'engager, ne permet pas au doigt explorateur de l'atteindre pendant la gestation. L'excavation et le détroit sont donc complètement vides. Si la partie qui se présente est accessible, il est bien difficile de dire quelle elle est. La toucher, la femme étant debout et le ventre fortement comprimé, peut dans certains cas permettre le diagnostic, si du moins le col est perméable. Au moment du travail, la forme en boudin de la poche

et les signes précédents permettent de poser le diagnostic. Inutile de dire qu'à ce moment il faudra n'explorer le col que dans l'intervalle des douleurs, pendant que la poche est affaissée, et se bien garder de toute tentative qui pourrait compromettre l'intégrité des membranes. Dans ces cas, on arrive, surtout au bout d'un certain temps de travail, à diagnostiquer l'épaule, que l'on reconnaît à sa forme anatomique, à la direction de l'humérus, à la présence, dans le voisinage, des côtes et des espaces intercostaux. Ces différents signes se constatent bien mieux encore après la rupture des membranes.

Mais nous arrêterons ici notre étude du diagnostic par le toucher, car la version externe n'est plus guère possible après la rupture de l'œuf, et nous n'avons à étudier que ce qui se rapporte particulièrement à cette opération. On le voit, le toucher vaginal est d'un faible secours pour le diagnostic des présentations transversales pendant la grossesse.

L'*auscultation* donne, dans les présentations du tronc, des résultats douteux. M. Depaul croit cependant qu'on peut arriver au diagnostic par ce moyen, quand le dos du fœtus est dirigé en avant. «Dans ce cas, dit cet auteur, tout est favorablement disposé pour que le summum d'intensité soit facilement reconnu, et il existera sur la partie antérieure du segment inférieur de l'utérus comme dans la présentation de la tête. Mais ce qui établira une différence d'autant plus tranchée que la position sera plus transversale, c'est que le bruit, au lieu de se porter en diminuant vers le fond de la matrice, s'étendra au contraire dans une direction à peu près horizontale, d'une fosse iliaque à l'autre par exemple, et manquera dans une grande partie de la région supérieure de l'organe[1].

» Quand le dos au contraire sera dirigé en arrière, les bruits du cœur paraîtront si faibles et si lointains, partout où on les en-

[1] Depaul ; Traité d'auscultation obstétricale.

tendra, qu'il ne sera pas permis d'arriver à une conclusion rigoureuse, et je ne doute pas qu'on ne se trompât souvent, si on accordait, dans ce cas, une confiance entière aux deux caractères précédents. »

Le plus souvent, croyons-nous, il est impossible d'entendre les bruits du cœur dans une telle situation du fœtus, surtout si c'est l'épaule gauche du fœtus qui se présente. Sans entrer dans de grands détails, on sait que le maximum des bruits du cœur sur le fœtus contenu encore dans la matrice ne se trouve pas situé, comme le veut Depaul, entre les deux omoplates, au niveau de la colonne vertébrale ; mais il se trouve au contraire au niveau de l'épaule gauche de l'enfant, en dehors de l'angle inférieur du scapulum gauche. Ce fait a été excellemment établi par le Dr Ribemont, sur des données anatomiques d'abord, sur des faits cliniques ensuite. Pour les positions, nous pourrons admettre, avec Depaul : « Le maximum d'intensité existera dans le quart inférieur gauche dans la position céphalo-iliaque gauche de l'épaule droite ; on le trouvera dans le quart inférieur droit, dans la position céphalo-iliaque droite de l'épaule gauche. » Mais nous ajouterons que, dans ce dernier cas, le maximum des bruits du cœur se trouvera situé juste au-dessus du pubis, tandis que, dans le premier cas, il sera reporté plus haut dans l'abdomen, vers le point où l'on ausculte généralement les premières positions du sommet, sur la ligne ilio-ombilicale gauche.

L'auscultation ne peut donc rendre que des services très minimes, tout comme le toucher, pendant la grossesse. Elle ne donnera donc que des signes de probabilité.

3° Le *palper abdominal* peut, presque à lui seul, renseigner l'accoucheur ; mais il faut pour cela être d'une certaine habileté dans ce moyen d'investigation. Il faut, en outre, que certaines conditions (minceur des parois, souplesse du ventre, évacuation de la vessie, etc.) viennent en aide à l'opérateur. Ces conditions étant

réunies, le palper rend les plus grands services, et c'est par son étude que nous terminerons ce chapitre. Il nous semble inutile ici d'indiquer la manière d'opérer : nous serions obligé de nous répéter quand nous parlerons de la version et de son manuel opératoire ; nous en arrivons immédiatement aux résultats que peut nous donner ce moyen d'investigation dans le cas qui nous occupe.

D'après M. Pinard, les présentations de l'épaule en dorso-postérieures sont rares pendant la grossesse; il n'en aurait jamais observé. Pendant le travail même, elles sont peu fréquentes. Nous ne nous permettrons pas de discuter cette opinion, que nous croyons exagérée. Certes les positions dorso-postérieures sont plus rares ; M^me^ Lachapelle avait déjà signalé ce fait et l'expliquait en se fondant sur l'attitude naturelle du fœtus. Quoi qu'il en soit de cette opinion, voici ce que le palper nous permet de constater :

L'excavation est vide, ainsi que l'entrée du détroit supérieur; la tête fœtale, remarquable par sa dureté, sa rondeur, sa régularité, occupe l'une ou l'autre des fosses iliaques, selon la position, et là on peut, surtout chez les multipares, provoquer le phénomène du ballottement abdominal. Dans le flanc opposé, plus ou moins haut suivant le développement de la cavité abdominale, quelquefois caché sous les fausses côtes, en rapport avec la face inférieure du foie à droite, avec l'estomac et la rate à gauche, se trouve le siège avec ses caractères habituels.

Si le dos du fœtus est en avant, le plan résistant qu'il forme s'étend depuis la fosse iliaque, où se trouve la tête, jusqu'au flanc opposé, où se trouve le siège suivant une ligne courbe dans la région du grand bassin, avec redressement brusque du côté du flanc. Ce plan résistant a plus ou moins d'étendue selon que le dos se présente directement dirigé en avant ou qu'au contraire il regarde un peu le plan du détroit supérieur.

Si le dos au contraire regarde en arrière, le plan résistant est

remplacé par la résistance particulière au liquide amniotique ; la paroi hypogastrique se laisse déprimer par la main qui explore et qui rencontre le plus souvent de petites parties fœtales qui indiquent à ce niveau la présence des membres du fœtus.

Dans certains cas, le fœtus peut être complètement transversal, la tête et le siège se trouvant de chaque côté immédiatement au-dessus des fosses iliaques. « Dans ce cas, dit M. Pinard[1], qui cite des faits de ce genre, l'excavation est encore vide. Le plan résistant s'étend au niveau et au-dessus des deux fosses iliaques, tandis que les deux extrémités du fœtus se trouvent, l'une dans le flanc droit, l'autre dans le flanc gauche. Le diagnostic différentiel de chaque extrémité est facile à faire. » Au moment du travail, ces présentations se transformeraient, soit en présentation du siège, soit même en présentation du sommet. Elles n'indiquent pas moins la nécessité de faire la version.

Tous ces détails nous prouvent combien le palper abdominal prend de l'importance dans les présentations transversales. Bien fait, il nous sert à faire un diagnostic exact et, partant, nous conduit à opérer d'une façon irréprochable. Fait superficiellement, il nous expose à opérer d'une façon tellement désavantageuse, que l'on pourrait, à bon droit, se demander s'il n'aurait pas mieux valu laisser agir la bonne nature.

Il faut donc palper avec la plus grande attention ; il n'est pas indifférent, on le comprend aisément, de prendre le siège pour la tête, et inversement. C'est justement ce que l'on pourrait faire souvent en se contentant de l'inspection ou de l'auscultation. C'est pour cela que nous donnons la plus grande importance au palper abdominal dans le diagnostic des présentations du tronc.

Quand ce diagnostic sera bien établi, on pourra, sans attendre davantage, rectifier la situation du fœtus, à moins que l'on ne préfère, et c'est là notre avis, attendre le début du travail pour faire la version par manœuvres externes.

[1] *Loc. cit.*

MANUEL OPÉRATOIRE.

Comme son nom l'indique, l'opération consiste à changer les rapports vicieux du fœtus, sa présentation défectueuse en une autre plus convenable, à l'aide des seules manipulations extérieures.

Si nous n'indiquons pas ici quelle est l'extrémité de l'ovoïde fœtal que nous cherchons à ramener au-dessus du détroit supérieur, c'est que la conduite de l'accoucheur doit varier selon les cas. Nous aurons soin de dire à la fin de ce chapitre quelle est notre opinion à ce sujet ; la discussion de la méthode que nous proposons dans certains cas allongerait inévitablement ce chapitre, et nous pourrions être accusé d'avoir nui à la clarté de notre exposition.

Ces réserves étant faites, nous décrirons le manuel opératoire en supposant une présentation primitive de l'épaule droite en céphalo-iliaque gauche.

Avant de pratiquer l'opération, il convient de faire placer la femme convenablement, c'est-à-dire dans le décubitus dorsal. Il convient aussi de donner aux parois abdominales toute la souplesse possible, et, pour cela, la femme relèvera les cuisses en les tenant légèrement écartées ; d'un autre côté, la tête et le tronc reposeront sur un plan légèrement incliné, de façon à obtenir le relâchement des muscles droits de l'abdomen ; on l'engagera même à respirer la bouche ouverte, de façon à prévenir tout effort, même involontaire.

Dans le but de prévenir toute sensation désagréable pour la femme et les contractions abdominales qui en résultent, l'accoucheur devra veiller à ne jamais appliquer ses mains froides sur

l'abdomen. Ces petites précautions ne sont pas à négliger, surtout quand le temps presse. Il devra aussi s'abstenir d'agir trop énergiquement dès le début. Il faut en quelque sorte que le ventre s'habitue aux pressions manuelles.

Des pressions douces, ménagées au début, telles qu'on les fait quand on explore l'utérus par la palpation, sont bien suffisantes ; elles permettent d'ailleurs de constater une fois de plus la présentation vicieuse du fœtus.

Nous avons supposé une première position de l'épaule droite. Dans cette position, la tête fœtale se trouve située dans la fosse iliaque gauche, le dos du fœtus est en avant, son extrémité podalique se trouve logée dans le flanc droit. Supposons, de plus, que nous voulions amener au détroit supérieur la tête du fœtus,

Pour cela, la maneuvre sera des plus faciles. Elle consistera tout simplement à appliquer une main sur l'extrémité céphalique, l'autre sur l'extrémité pelvienne, et, par une pression lente et soutenue exercée en sens inverse sur l'une et l'autre extrémité, à ramener les deux pôles fœtaux sur la ligne médiane. — Nous empruntons cette description concise à l'excellent ouvrage de M. Pinard.

Quelques auteurs recommandent de n'agir que sur la seule extrémité céphalique. Nous ne voyons certainement aucun inconvénient à agir de la sorte quand cela peut réussir ainsi ; mais nous ne pensons pas, comme M. Nivert par exemple, que les forces dirigées en sens inverse se nuisent, se contrarient. Nous croyons qu'en agissant avec les deux mains, la version du fœtus est plus rapidement obtenue, et, avec M. Pinard, nous pensons aussi que les pressions exercées sur l'extrémité podalique sont plus efficaces que celles exercées sur la tête fœtale. Le mouvement ainsi provoqué est inévitablement un mouvement d'ensemble, tandis que les pressions faites sur la tête peuvent ne provoquer que des mouvements partiels de la tête sur le tronc, par exemple des mouvements de flexion ou d'extension. Nous con-

seillons donc, dans tous les cas, l'usage des deux mains. C'est un moyen d'opérer vite et bien.

Voilà, en somme, en quoi consiste le manuel opératoire. Il reste le même dans tous les cas, quelle que soit la présentation primitive que l'on veuille modifier.

M. Pinard, dans l'ouvrage que nous avons cité, ajoute quelques recommandations. Quand il s'agit d'intervenir pour une présentation primitive du siège, surtout quand le siège est décomplété (présentations des fesses), il recommande alors de soulever avec le doigt introduit dans le vagin le siège, très souvent engagé dans ce cas, et de le rejeter sur le bord du détroit supérieur. L'indication de cette manœuvre doit rarement se présenter.

Dans les présentations du siège, l'opération, avons-nous dit, se fait de la même façon. Mais reste à savoir dans quel sens on abaissera la tête. Le chemin le plus court est toujours le meilleur; cependant nous croyons que les pressions exercées dans le sens de la flexion de la tête sont préférables, quoi qu'en dise M. Pinard ; car s'il n'y a pas à redouter la déflexion complète de la tête en agissant en sens inverse, il peut cependant se produire une extension partielle de la tête qui rendra le premier temps du travail plus long, plus laborieux. C'est ce qui s'est produit notamment dans l'Obs. II, citée plus loin.

Nous avons supposé jusqu'ici que le but à atteindre était toujours une présentation du sommet. Mais doit-il en être toujours ainsi ? en un mot, doit-on dans tous les cas ramener la tête au détroit supérieur ?

Cette grave question a été résolue de différentes manières par les divers auteurs que nous avons cités dans notre historique. Nous rappellerons ici les opinions et les motifs qu'ils ont donnés pour appuyer leur manière de faire.

M. Matteï, le plus absolu de tous, dans son livre sur l'Accouchement physiologique, veut que la tête du fœtus soit toujours ame-

née au détroit supérieur. La présentation du sommet étant de beaucoup la plus avantageuse et pour la mère et pour l'enfant, nous ne contredirons pas M. Matteï, mais nous lui demanderons d'abord si l'abaissement de la tête est toujours chose très facile, ensuite si la version céphalique est réellement indiquée dans tous les cas possibles, par exemple dans les cas de rétrécissements du bassin. Dans le cas de présentation primitive du siège, l'opération n'est pas sans difficulté. Il est en effet assez malaisé de faire passer le grand axe de l'ovoïde fœtal par le diamètre transverse de la matrice ; néanmoins nous conseillerions volontiers d'opérer et de ramener au détroit la tête fœtale, à moins qu'il n'y ait risque à léser les organes maternels ou le fœtus. Il n'est pas rare de trouver cette présentation du siège dans les cas de rachitisme pelvien, bien que la présentation de l'épaule survienne plus souvent, et dans ce cas doit-on faire la version céphalique ? Nous la croyons formellement contre-indiquée ; nous dirons plus loin pourquoi.

Wigand n'était pas aussi absolu que M. Matteï : il conseillait de faire descendre au détroit supérieur la partie la plus rapprochée de l'orifice, et comme il se faisait une très fausse idée de l'attitude du fœtus dans les présentations de l'épaule, il conseillait d'abaisser le siège, celui-ci étant, selon lui, très voisin du détroit supérieur.

M. Giraud-Teulon, dans une Notice bibliographique sur la traduction de M. Hergott [1], essaye d'interpréter comme il suit :

« Quand l'ovoïde fœtal repose par son grand axe sur l'aire du détroit supérieur, la réduction ne peut se faire par un simple mouvement de bascule, mais seulement par glissement. Or, ce mouvement de glissement est bien plus facile du côté de la tête, à cause même de sa forme arrondie. C'est elle qui, quoique plus rapprochée du détroit, en fuyant vers le fond de l'utérus, va en-

[1] Gazette méd. de Paris, décembre 1857.

traîner le tronc quand la femme se couchera de son côté. Il faut donc tout faire pour favoriser ce glissement, et, à l'exemple de Wigand, exercer des pressions sur le siège pour l'amener au détroit supérieur. »

Nous ne voyons guère pourquoi la tête ne glisserait pas tout aussi facilement vers le détroit que vers le fond de l'utérus, si elle s'y trouvait sollicitée d'une façon efficace.

La préférence de Wigand pour la version pelvienne n'était, en somme, motivée que par une fausse idée qu'il avait de l'attitude du fœtus dans les présentations de l'épaule.

Wigand d'ailleurs conseillait de rompre la poche pour fixer la présentation obtenue. Aucun accoucheur moderne ne songera à procéder de cette façon. Nous reviendrons d'ailleurs sur ce point de la pratique de Wigand, quand nous indiquerons les moyens qu'il convient de mettre en pratique pour fixer d'une façon définitive l'attitude donnée au fœtus.

M. Hubert (de Louvain) procède comme nous l'avons indiqué plus haut. Il agit sur les deux extrémités du fœtus. Mais cette double action, selon lui, ne peut être faite par l'accoucheur seul ; il a besoin d'un aide pour soulever l'extrémité pelvienne. Nous copions dans la Thèse de M. Nivert le passage le plus important du travail du professeur de Louvain.

« Quand la tête se trouve dans la fosse iliaque gauche et le pelvis vers le flanc opposé, voici la manœuvre qu'il faut faire : un aide à qui l'on a fait comprendre son rôle est placé à gauche, le dos tourné vers le chevet ; l'accoucheur lui montre où se trouve la saillie du pelvis, qu'il devra reporter vers l'épigastre ; il lui place les deux mains, ou au moins la main droite, au-dessous de cette saillie, en lui disant de n'agir que quand on le lui ordonnera. L'opérateur se place à droite et plus bas que son aide ; il applique ses deux mains sur la tumeur formée par la tête, comme s'il voulait l'empoigner. Du bout de ses huit doigts, il déprime graduellement et le plus profondément possible la

paroi abdominale et utérine, immédiatement au-dessus de la tumeur. Il circonscrit ainsi la tumeur en haut et en dehors, et il l'accroche, de manière qu'elle ne puisse lui échapper en glissant en arrière. Lorsqu'il la tient bien, il fait signe à son aide d'attirer le pelvis en haut et en dehors, pendant que lui-même déplace le crâne par une pression graduelle exercée de haut en bas et de dehors en dedans. »

M. Hubert agit dans l'intervalle des contractions; Wigand avait le tort de vouloir opérer même pendant les contractions. Enfin M. Hubert ajoute : « La rupture des membranes n'est pas toujours nécessaire ».

Nous croyons qu'elle n'est jamais nécessaire et qu'elle ne saurait amener que de fâcheux résultats. Nous pensons aussi qu'un aide est fort peu utile pour pratiquer une opération si facile. Les deux ou trois versions externes que nous avons vu pratiquer à la Clinique de Montpellier par M. le professeur agrégé Dumas, se sont effectuées en dehors de tout appareil.

M. Nivert a profité des enseignements de ses prédécesseurs ; aussi trouvons-nous dans sa Thèse des règles précises concernant le manuel opératoire. D'abord, il rejette à peu près complètement les aides, il n'agit que dans l'intervalle des contractions. Jusqu'ici, nous sommes complètement de son avis, mais nous différons sur les points suivants : Selon M. Nivert, les pressions ne doivent se faire que sur une seule extrémité de l'ovoïde fœtal, sur l'extrémité céphalique ; nous avons dit plus haut qu'il y avait avantage à agir sur les deux extrémités à la fois. C'est là d'ailleurs la pratique de nos Maîtres. De plus, M. Nivert conseille la rupture prématurée des membranes, ce qu'il ne faut pas faire à tout prix. Le manuel opératoire que nous avons décrit dès le début de ce chapitre est celui que nous avons eu l'occasion d'entendre décrire par M. le professeur Dumas et que nous avons vu mettre en pratique par M. l'agrégé L. Dumas à la Clinique de Montpellier.

Notre savant Maître de Montpellier croit utile, en même temps que l'on pousse la tête de la main droite (nous supposons toujours une première position de l'épaule droite) vers le centre du détroit abdominal, de repousser le siège avec la main gauche vers le fond de l'utérus. Mais il n'a jamais recours à la rupture des membranes pour fixer la présentation nouvelle. Il conseille, dans les cas où le fœtus aurait une tendance à reprendre son attitude défectueuse, de maintenir la tête au détroit avec la main, ou même avec les deux mains appliquées sur l'hypogastre, et d'attendre ainsi que l'engagement se produise ; que si ce temps de l'accouchement tarde à s'effectuer, il faut alors appliquer un bandage convenable ou donner à la femme une position telle, que la partie ne puisse plus se déplacer que très-difficilement.

Nous avons un peu empiété sur ce que nous pourrions appeler le complément nécessaire de l'opération, c'est-à-dire sur les moyens de fixer la présentation nouvelle du fœtus. En faisant l'analyse des divers travaux sur la matière, nous avons dit que la plupart des auteurs conseillaient la rupture des membranes pour fixer la tête du fœtus au détroit.

Nous avons rejeté complètement ce procédé, et voici les quelques raisons que nous pouvons opposer à nos prédécesseurs.

D'abord, le moyen n'est pas toujours efficace, ce qui suffirait pour le faire rejeter. N'avons-nous pas, dans la science, des cas où, même après la rupture spontanée des membranes, le fœtus a pu changer de présentation ; n'en peut-il arriver de même dans les cas où la rupture est artificielle, dans les cas où l'accoucheur l'a produite avant la dilatation complète du col ? Ces faits condamnent le procédé parce qu'ils prouvent son inefficacité dans beaucoup de cas.

Nous reprocherons ensuite à cette méthode d'amener forcément un accouchement très-laborieux. Nous avons été témoin, à la Clinique de Montpellier, d'un grand nombre d'accouchements.

Nous avons pu constater par conséquent, on nous l'a fait remarquer souvent, que les accouchements les plus longs, les plus laborieux, les plus ennuyeux pour les assistants, étaient justement ceux dans lesquels la rupture prématurée de la poche des eaux avait eu lieu. La poche des eaux est le meilleur dilatateur du col, rien ne saurait la remplacer ; et l'on voudrait volontairement se priver de cet auxiliaire puissant, on voudrait allonger outre mesure cette première période du travail, la période de dilatation, qui est pour la femme l'occasion de ses plus grandes angoisses et pour l'accoucheur le moment le plus difficile de son intervention morale ! Et pour le fœtus ? Tous les accoucheurs ont signalé dans leurs écrits l'inconvénient, le danger qui résultaient pour lui d'un travail trop long après la rupture des membranes. Les préceptes de Wigand, de Hubert, ne doivent pas être appliqués.

Restent donc les moyens conseillés par notre Maître, le professeur Dumas.

Pour certains auteurs, la position à faire prendre à la femme, dans certains cas de présentation vicieuse, constitue à elle seule un véritable procédé opératoire. La version externe se ferait ainsi dans beaucoup de cas. Nous ne pouvons nous résoudre à donner le nom de version à un simple conseil donné par l'accoucheur à la femme ; aussi n'avons-nous pas indiqué ce procédé en tête de ce chapitre. Le mot version, si nous ne considérons que son étymologie, indique un retournement du fœtus, mais un retournement actif, que cette activité soit mise en jeu par le fœtus lui-même ou par un agent extérieur. Les manœuvres externes indiquent de même l'application des mains. Nous avons donc cru qu'il fallait appeler ainsi l'opération faite au moyen des manipulations et non le changement produit par l'attitude de la mère, changement qui se fait d'après les lois de la pesanteur.

La position à faire prendre à la femme, le décubitus à lui conseiller, n'est en somme qu'un complément indispensable, le plus

souvent, des manœuvres externes. Que si le décubitus est employé en dehors de toutes manipulations, c'est tout simplement pour prévenir une présentation vicieuse imminente ou pour rectifier une présentation simplement irrégulière, car on ne peut certainement pas considérer comme présentation vicieuse une présentation inclinée du sommet.

De quel côté fera-t on coucher la femme? On lui fera prendre la position la plus convenable pour que l'action de la pesanteur s'exerce dans le sens de la version que l'on vient de faire. Supposons que la tête ait été primitivement dans la fosse iliaque gauche. Après la version, nous conseillerons à la femme le décubitus latéral gauche. Dans cette position, le siège, s'il a encore des tendances à retourner dans le flanc droit, sera obligé de tomber dans le flanc gauche par son propre poids. Il en résultera un redressement de l'ovoïde fœtal, et la tête sera obligée de s'engager au détroit supérieur. Quelquefois, la position seule n'est pas efficace et l'on est obligé d'agir sur la tête du fœtus. Notre Maître, le professeur Dumas, conseille de placer alors, au niveau de la fosse iliaque gauche, un petit coussin dur qui, pendant le décubitus latéral gauche, exerce une pression considérable au niveau de la fosse iliaque, et tend ainsi à repousser la tête vers le détroit. Ce moyen n'est pas toujours d'une application facile, parce que la femme, surtout pendant la période de dilatation, peut ne pas garder la position qu'on lui a assignée; elle est souvent agitée, enfin elle doit quelquefois se lever pour satisfaire des besoins naturels; il en résulte que la présentation vicieuse primitive peut se reproduire. M. le professeur Dumas conseille alors un autre moyen. On applique un bandage de corps sous lequel on a soin de placer de gros tampons de ouate, l'un au niveau de la fosse iliaque, occupée primitivement par la tête fœtale, l'autre en sens opposé, c'est-à-dire du côté de l'extrémité pelvienne au fond de l'utérus. Il en résulte que l'utérus est comprimé en totalité, mais surtout vers les points occupés par

les tampons. Inutile de dire que la femme prendra le plus souvent possible la position sus-indiquée.

Toutes ces précautions pourront être négligées dès que la tête sera fortement engagée. Nous ne conseillons pas cependant d'enlever immédiatemment le bandage ou d'autoriser la femme à changer de position. Il vaut mieux attendre que, la dilatation étant complète, on puisse rompre la poche sans inconvénients; mais, à ce moment seul, on peut pratiquer cette rupture et non dès le début du travail, comme le conseillait Wigand.

Cette méthode est-elle suffisante et y a-t-il lieu d'appliquer un appareil plus compliqué, comme le veut M. l'agrégé Pinard? D'abord, la ceinture eutocique de l'éminent agrégé de Paris a l'inconvénient de tous les appareils spéciaux : c'est qu'on ne l'a pas toujours à sa disposition; ensuite, son efficacité n'est pas toujours certaine, croyons-nous. D'ailleurs, quand nous parlerons du temps opportun où l'on doit faire l'opération, nous verrons que l'on peut parfaitement se dispenser de ce moyen onéreux. Nous devons cependant, pour être complet, mentionner l'emploi que M. Pinard fait de sa ceinture. Disons d'avance qu'il a toujours obtenu d'excellents résultats avec son appareil. M. Nivert, qui ne connaissait pas la ceinture de M. Pinard et qui ne prenait aucune précaution pour maintenir la présentation, n'a eu lui aussi que des succès ou à peu près. Ne pourrait-on pas, en présence des succès constants de M. Pinard, répéter ce qu'il dit lui-même des succès de M. Nivert : « Il a eu à observer une série heureuse »?

Nous avons déjà parlé de la ceinture de M. Pinard dans la partie de notre travail consacrée à l'historique de l'opération qui nous occupe. Nous voulons seulement rappeler ici comment M. Pinard a été amené à proposer sa ceinture.

« Deux causes concourent, dit-il [1], à faire perdre à la cavité utérine sa forme normale à la suite d'accouchements répétés; les

[1] Pinard ; *op. cit.*, pag. 218-219.

modifications de la paroi propre et celles de la paroi abdominale. Bien que l'utérus subisse après l'accouchement, lors de son évolution, une espèce de rénovation, il est probable que ses parois, distendues par une nouvelle grossesse, ne présentent plus la même tonicité, la même élasticité ; en un mot, perdent plus ou moins la propriété spéciale de conserver à l'organe sa forme. Peut-être aussi leur épaisseur est-elle moins considérable?... Donc, premier fait qui rend beaucoup moins accusée la sollicitation à l'accommodation utérine.

»De son côté, la paroi abdominale subit à chaque grossesse des modifications profondes. Les muscles subissent une élongation, changent de rapports, les membranes fibreuses aponévrotiques se distendent, et le retour à l'état primitif ne s'accomplit jamais qu'imparfaitement. En résumé, la cavité abdominale devient à chaque grossesse plus spacieuse; de là, la non-accommodation ou l'accommodation incomplète se traduisant par la tendance plus ou moins accusée aux mauvaises présentations ou à l'absence de toute présentation fixe.

»Convaincu de ces faits, je songeai à donner à la paroi abdominale le ressort qui lui manquait et à la paroi utérine le soutien qui lui faisait défaut.»

Suit la description de la ceinture que M. Pinard propose pour remédier à ces inconvénients et dont nous avons parlé dans notre historique.

Nous ne voulons certainement pas rejeter ce moyen que propose M. Pinard, ne l'ayant pas vu mettre en pratique ; mais nous pensons que sa ceinture n'est pas excessivement utile au moment où le travail s'établit. Or, c'est à ce moment que nous proposons de faire la version, cette opération n'ayant jamais donné de grands résultats sous nos yeux quand elle était faite pendant la grossesse.

Nous croyons avoir décrit suffisamment le procédé opératoire ; il nous reste à énumérer les conditions dans lesquelles la version

externe est praticable; en un mot, à parler du temps opportun de l'opération.

A quel moment faut-il opérer ?

Les manœuvres externes, pratiquées dans le but de ramener au détroit supérieur une des deux extrémités de l'ovoïde fœtal, ont été conseillées dans trois cas différents :

1° Avant le travail, à une époque plus ou moins rapprochée de l'accouchement;

2° Pendant le travail, avant la rupture des membranes ;

3° Pendant le travail, mais après la rupture des enveloppes de l'œuf.

Examinons successivement ces trois cas. D'abord, pendant la grossesse, nous croyons l'opération parfaitement inutile, la présentation vicieuse se reproduisant le plus souvent (Voir Obs. I et II). A ce point de vue, nous ne sommes pas d'accord avec MM. Hubert, Matteï, Nivert, qui conseillent la version chaque fois que pendant la grossesse on peut diagnostiquer une attitnde défectueuse du fœtus. Encore moins le sommes-nous avec M. le Professeur agrégé Pinard, qui pratique l'opération à quelque époque que ce soit, la ceinture eutocique de son invention devant toujours prévenir un nouveau changement dans les rapports du fœtus avec le détroit supérieur.

Nous sommes beaucoup moins confiant que lui dans son appareil, et nous nous demandons si, dans le cas d'hydramnios, la ceinture produit un effet utile.

M. Pinard d'ailleurs ne semble pas avoir prévu du tout ce dernier cas. Il ne parle dans son livre que du relâchement des parois, soit de l'utérus, soit de l'abdomen. Pas un mot des cas dans lesquels certainement la présentation vicieuse est due à une quantité anormale de liquide amniotique. Eh bien ! ces fâcheuses conditions se réalisent physiologiquement à une certaine époque

de la grossesse. Aux sixième et septième mois, le fœtus jouit d'une très grande liberté dans la cavité utérine. Celle-ci, déjà très développée, renferme une grande quantité de liquide ; d'un autre côté, le fœtus est encore petit. Sous l'influence de la moindre cause extérieure, une fâcheuse présentation peut se produire. Doit-on raisonnablement espérer un heureux résultat de la version pratiquée à ce moment ? Nous ne le croyons pas. On peut, il est vrai, rectifier la présentation vicieuse ; mais on ne peut espérer réussir dans tous les cas, malgré l'emploi de la ceinture de M. Pinard.

Vers la fin de la grossesse, les choses peuvent se passer autrement, et alors, le liquide amniotique étant en petite quantité, le fœtus étant plus volumineux, on a le droit de mieux augurer de la manœuvre, quand du moins les parois elles-mêmes sont suffisamment tendues. Mais alors la ceinture de M. Pinard n'a plus sa raison d'être appliquée.

Nous ne conseillons la version pendant la grossesse, et surtout au huitième et au neuvième mois, que dans les cas de présentation primitive du siège, le bassin étant normalement conformé. L'opération, à ce moment, est en effet beaucoup plus facile, parce que le siège n'est pas encore engagé au détroit supérieur, parce que, le liquide étant relativement plus abondant à cette époque, l'évolution du fœtus se fera plus aisément ; enfin parce que le fœtus ne reprendra que très rarement l'attitude primitive. Mais on ne doit pas espérer pour cela lui faire garder pendant la suite de la grossesse une position bien normale ; l'accoucheur aura encore à intervenir le plus souvent au moment du travail. A ce moment seulement il pourra compléter l'opération et la rendre complètement efficace. Hors ce cas, nous ne conseillons pas la version externe pendant la grossesse ; les moyens de contention étant la plupart du temps inefficaces, il est inutile, croyons-nous, de soumettre la femme à des manipulations qui ne peuvent que lui être désagréables. Ainsi, dans les présentations de l'épaule, dans celles

du sommet, qui sont inclinées, notre conduite sera de nous abstenir d'intervenir pendant la grossesse. L'opération, dans ces cas, est tout aussi facile au moment du travail et son résultat n'est certain qu'à ce moment.

C'est au moment du travail seulement que l'opération peut donner un succès complet. Ce qui nous permet d'être si affirmatif, c'est que notre opinion est celle d'hommes considérables: c'est notamment celle de l'inventeur de la méthode, de Wigand ; c'est aussi celle de Cazeaux, de M. l'agrégé Tarnier, de notre Maître, le professeur Dumas. Mais ici deux cas peuvent se présenter. On peut toujours agir avant la rupture des membranes, ceci est incontestable : c'est là en effet le moment propice par excellence, et nous n'insisterons pas sur ce point. Rappelons seulement que l'on ne doit opérer que dans l'intervalle des contractions utérines.

Mais peut-on compter sur un succès après la rupture de la poche des eaux? Pas plus qu'en pratiquant la version pendant la grossesse. Mais ici les causes d'insuccès sont évidemment tout autres. C'est qu'à ce moment, surtout si les eaux se sont écoulées en grande abondance, ce qui est la règle dans les présentations vicieuses, il est très difficile de changer la présentation du fœtus, quelle qu'elle soit. Cependant la chose est encore possible quand on a affaire à une présentation inclinée du sommet. Mais, dans ce cas, le succès doit-il être attribué à l'efficacité de la manœuvre ? Il est difficile d'en être convaincu, la nature se chargeant le plus souvent, on le sait, de réparer elle-même ses torts dans des cas semblables ; c'est donc au moment du travail, avant la rupture des membranes, que l'on devra opérer; dans ce cas, le succès fera rarement défaut.

Pendant la grossesse, nous croyons l'opération inutile ; nous faisons exception cependant pour les présentations primitives du siège.

Après la rupture des membranes, nous croyons, avec Cazeaux, que « la version par manœuvres externes n'est proposable que dans les positions obliques (nous disons présentations), alors que

la tête ou le siège sont très rapprochés du col, que les membranes sont rompues depuis peu de temps, qu'il reste encore une certaine quantité d'eau dans l'utérus enfin, que le fœtus jouit encore d'une certain mobilité. Encore convient-il d'y mettre une grande réserve et de ne pas insister longtemps sur des tentatives dont le moindre inconvénient serait de perdre un temps précieux, et nous ajouterons, capables de produire des lésions graves de l'utérus. Pour ma part, dit encore Cazeaux, si la dilatation du col le permettait, j'aimerais mieux profiter des ces conditions favorables pour pratiquer la version pelvienne. A plus forte raison suis-je disposé à conseiller cette pratique dans les présentations transversales du tronc. »

Nous ferons des réserves pour ce qui comporte les présentations inclinées du sommet, l'accouchement devant se faire la plupart du temps par les seuls efforts de la nature. Il nous reste à parler des indications et des contre-indications.

INDICATIONS, CONTRE-INDICATIONS.

Les indications de la version par manœuvres externes sont évidemment restreintes. Les présentations inclinées du sommet, les présentations du siège, celles de l'épaule : voilà les cas dans lesquels le praticien doit agir.

Cette opération, selon nous, est encore indiquée dans *certains rétrécissements du bassin* quand c'est la tête qui se présente au-dessus du détroit supérieur. Nous ferons de cette indication un chapitre à part, à cause de son importance.

Si les indications sont peu nombreuses, les contre-indications sont au contraire en grand nombre. C'est ainsi que les hémorrhagies pendant le travail, les convulsions éclamptiques, les syncopes réitérées, les vomissements opiniâtres, les ruptures de la matrice ou du vagin, une hernie étranglée, un anévrysme, le décollement prématuré du placenta, le prolapsus du cordon, la

grossesse gémellaire, sont autant de contre-indications que Wigand a parfaitement reconnues. Il est inutile d'insister sur ces différents accidents. En règle générale, chaque fois qu'il sera nécessaire d'agir au plus tôt pour parer à un danger immédiat, on ne pourra songer à la version externe.

Cependant il est un accident, l'hémorrhagie par insertion vicieuse du placenta, dans lequel la version externe peut rendre de bons services. Il est avéré que dans les cas d'insertion vicieuse du placenta, on constate concurremment le plus souvent une présentation défectueuse du fœtus, celle du tronc dans la majorité des cas.

L'accouchement forcé a été proposé; mais l'introduction de la main, malgré la résistance du col, est une opération dangereuse qui donne presque toujours des résultats déplorables. Elle expose en effet aux ruptures du vagin, aux déchirures profondes du col, qui peuvent s'étendre au corps même de l'organe. Aussi la plupart des accoucheurs se sont prononcés contre cette façon d'agir. Pour nous, nous sommes partisan de la méthode du professeur Depaul : tamponner, attendre une dilatation suffisante, rompre les membranes; puis, si l'hémorrhagie se reproduit, retamponner, et, une fois la terminaison de l'accouchement possible sans violence, terminer par un moyen approprié.

Mais pour que le tamponnement soit efficace, il est nécessaire que la partie de l'utérus qui est le siège de l'hémorrhagie soit soutenue à l'intérieur de l'organe; il faut qu'il y ait là une sorte de contre-tampon. La tête seule du fœtus peut remplir convenablement cet office. Pendant que la dilatation s'opère, elle empêche l'hémorrhagie interne de se produire, parce qu'elle s'applique sur les vaisseaux béants; plus tard, lorsque les membranes sont rompues, elle remplace immédiatement, dans l'orifice du col, la poche des eaux qui vient de disparaître; enfin, si l'intervention devient nécessaire, elle permet à l'accoucheur d'avoir à choisir entre deux opérations selon les cas : l'application du forceps,

ou, si la tête n'est pas suffisamment engagée, la version interne. Nous recommanderons donc spécialement la version céphalique par manœuvres externes dans les cas d'insertion vicieuse du placenta et même dans les cas de placenta prævia.

Hors les cas d'hémorrhagies par insertion vicieuse du placenta, la conduite de l'accoucheur devra être toute différente : il devra s'adresser à des opérations d'un autre genre, graves sans doute, mais aussi d'une efficacité qui ne saurait être contestée. — Nous ne voulons pas examiner en détail les autres contre-indications énumérées en tête de ce paragraphe, ce serait beaucoup trop long. Il en est une cependant sur laquelle nous devons nous appesantir quelque peu, la grossesse gémellaire. Wigand déjà l'avait signalée, car rien ne semble avoir échappé à la sagacité de cet éminent observateur.

Il est bien difficile, dans un cas de ce genre, de reconnaître bien distinctement, même en auscultant, la présentation et la position de chaque enfant, et l'on s'expose, même si le diagnostic est bien fait, à agir indistinctement sur l'un ou l'autre fœtus. De plus, il manque ici un facteur très important pour la réussite de la manœuvre, c'est la mobilité. Dans une grossesse gémellaire, elle fait absolument défaut.

Ce n'est qu'après l'expulsion du premier fœtus, si les membranes du second sont intactes, que l'on peut pratiquer l'opération s'il y a lieu, c'est-à-dire s'il se présente par l'épaule, ce qui n'est pas chose très rare. La manœuvre se fait, dans ces cas, avec la plus grande facilité, à cause de la flaccidité de l'utérus.

Là se bornent les contre-indications de cette opération, car nous ne saurions admettre celles qui sont tirées de l'état du fœtus : les convulsions, l'hydrocéphalie, l'ascite, etc., maladies qu'il est impossible de diagnostiquer le plus souvent. Ces contre-indications sont signalées dans le livre de Wigand ; c'est pour cela que nous les avons citées.

DE LA VERSION EXTERNE DANS LES RÉTRÉCISSEMENTS DU BASSIN.

Nous nous proposons de donner à ce chapitre un développement spécial, car personne jusqu'ici n'a osé affirmer hautement les résultats que peut donner la méthode de Wigand dans les cas de rétrécissements pelviens. C'est à peine si, dans les Thèses inaugurales soutenues dans ces dernières années, on a effleuré la question. Encore ne l'a-t-on que partiellement résolue et a-t-on soutenu des conclusions diamétralement opposées. Dans des Traités classiques, par contre, l'indication de la version externe n'a jamais été posée.

Les théoriciens, jusque dans ces derniers temps, ont discuté beaucoup sur le traitement dans les rétrécissements. Les uns sont partisans du forceps dans tous les cas, les autres lui préfèrent la version pelvienne par manœuvres internes ; personne ne parle de la version externe. Pour nous, des exemples récents nous engagent à préférer la version au forceps dans les cas que nous aurons le soin d'indiquer plus bas. Nous sommes certain d'ailleurs d'obtenir l'approbation de ceux de nos Maîtres qui sont chargés de l'enseignement obstétrical dans cette École. Certes, la question n'est pas encore vidée entre les partisans de la version et ceux du forceps. Néanmoins, la balance semble pencher maintenant en faveur de ceux qui préfèrent l'opération manuelle. Pour notre compte, nous avons eu l'heureuse occasion de voir par nous-même les résultats de cette méthode. Si ces résultats n'ont pas été tout à fait heureux, c'est que les difficultés provenaient de l'opération en elle-même. C'est à cause de ces difficultés que nous avons cru pouvoir proposer de remplacer la version interne par la version externe podalique. De cette façon, nous arrivions à posséder tous les avantages que donne la ver-

sion dans les angusties pelviennes, sans avoir les inconvénients qui résultent des manœuvres internes. Les partisans du forceps seront loin d'être de notre avis, cela se conçoit aisément; mais ceux qui préconisent l'emploi de la version interne ne pourront, croyons-nous, nous faire aucune objection. Nous ne proposons, en somme, que l'application plus commode et moins dangereuse de leur propre méthode.

Pour être plus précis, il ne nous semble pas inutile de remonter à l'origine de la discussion qui se continue encore de nos jours entre les partisans du forceps et ceux qui préfèrent la version dans les cas où le bassin est rétréci. Nous chercherons à être concis, cette question étant tout à fait secondaire dans notre travail.

Avant ces dernières années, en France surtout, le plus grand nombre des accoucheurs préconisaient l'emploi du forceps dans les rétrécissemeuts pelviens; ils rejetaient complètement la version comme trop dangereuse pour le fœtus; ils craignaient d'ailleurs de ne pouvoir appliquer le forceps sur la tête venant dernière, ou de ne pas pouvoir appliquer le crâniotome d'une façon aussi commode si par hasard l'accouchement ne pouvait se terminer par la seule intervention manuelle. M^me^ Lachapelle seule, à son époque, préférait la version, et les résultats de sa pratique sont tout à l'avantage de la méthode employée. Sur quinze enfants extraits avec le forceps pour des rétrécissements du bassin, sept ont vécu et huit sont morts, tandis que sur vingt-cinq amenés par les pieds, seize ont vécu. Malheureusement, M^me^ Lachapelle n'avait pas eu soin d'indiquer le degré des rétrécissements et les diamètres de la tête des divers fœtus expulsés.

En Allemagne, Osiander le jeune fut le premier qui conseilla la version d'une façon très large, tandis qu'Osiander le père, dans les bassins rétrécis dans le conjugué, préférait le forceps et ne conseillait la version que dans les cas exceptionnels, lorsque

le bassin était fortement incliné, le détroit inférieur rétréci, et que la main se présentait à côté de la tête. Citons encore, comme partisans de la version en Allemagne, la plupart des accoucheurs modernes, comme Trefurt, Nœgelé, Ritgen, Rosshirt, Hohl, Arneth, Braun, Scanzoni, Hecker, Schrœder. En Angleterre, nous retrouvons de chauds partisans de la version pelvienne : Barnes, Milne, Braxton Hicks, et à leur tête Simpson, l'éminent accoucheur d'Édimbourg.

Ce dernier peut être considéré comme le champion de la méthode manuelle, tandis qu'en France, Joulin (1865) se montre le partisan du forceps. Dans un Mémoire couronné par l'Académie à cette époque [1], Joulin reprit l'étude de cette question et répondit à toutes les objections qui avaient été faites à l'emploi du forceps. Il prend à partie notamment Simpson et répond à chacun des arguments de l'auteur anglais. Joulin conclut, dans son travail, à l'emploi du forceps toutes les fois qu'il pourra être appliqué, excepté dans les cas de bassin oblique ovalaire, dans lequels la version offre des avantages incontestables, Les conclusions de Joulin furent admises par les Maîtres de l'art en France, par Depaul, Pajot, Blot, Tarnier, Jacquemier, etc.

Chassagny, dans un Mémoire sur l'opportunité de la version, donne la préférence au forceps à tractions mécaniques. Enfin MM. Guéniot et Depaul, dans le *Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales*, résument la pratique des accoucheurs français.

En Allemagne et en Angleterre, l'opinion ne fut pas changée par les conclusions de Joulin. La pratique de Simpson y règne en maîtresse presque absolue. Des observations favorables à la version ont été publiées dans ces derniers temps par Fuhrmann, Scharlau, Strassmann et Höning. Ce dernier notamment cite un cas dans lequel, sur quatre accouchements observés chez la même femme, deux des enfants nés en présentation céphalique moururent, tandis que deux autres nés par le pelvis furent sauvés.

[1] Du forceps et de la version dans les cas de retrécissement du bassin.

Aussi Schrœder, dans son Traité, ose espérer que bientôt il faudra se rendre à l'évidence des faits et que d'ici peu la version, dans les rétrécissements du bassin, se répandra encore bien plus qu'elle ne l'est actuellement.

Un mouvement dans ce sens tend à se produire en ce moment en France. Les opinions de Cazeaux s'étaient déjà modifiées à la lecture du livre de Simpson, et l'on peut affirmer que, grâce aux traductions des livres allemands notamment, un revirement ne tardera pas à se faire parmi les accoucheurs français. L'École de Montpellier aura eu encore ce privilège de rentrer la première dans cette voie, que nous croyons féconde en heureux résultats, grâce à l'enseignement de M. le professeur Dumas.

Déjà cet enseignement a produit une opinion, considérable à notre point de vue, que nous trouvons dans la Thèse du Dr Laugier, soutenue en 1865 devant cette Faculté [1]. Déjà à cette époque M. Laugier, inspiré par les leçons du professeur Dumas, avait pris parti pour la version pelvienne dans les rétrécissements du deuxième degré et proposait déjà, à cette époque, de substituer au forceps les manœuvres externes. Nous reprocherons à M. Laugier de n'avoir pas été assez affirmatif et de ne pas conclure à une méthode générale. M. Laugier en effet ne propose la version externe pelvienne que dans les cas où, avec le rétrécissement, il y a présentation de l'épaule, c'est-à-dire dans les cas où l'on ne saurait songer à appliquer le forceps.

Nous, au contraire, nous proposons la version podalique par manœuvres externes, toujours, quelle que soit la présentation primitive du fœtus.

Nous exposerons rapidement les raisons majeures que donnent les Anglais et les Allemands pour appuyer leur méthode, c'est-à-dire la version podalique interne.

[1] *Loc. cit.*, pag. 104.

« Dans les cas de rétrécissements du bassin, dit Schrœder [1], la tête pénètre par la suture sagittale dans le diamètre transverse. Or comme le forceps, lorsque la tête est élevée, ne peut être appliqué que dans le diamètre transverse du bassin, il faudra que la tête soit saisie du front à l'occiput, c'est-à-dire d'une façon vicieuse, de sorte que par conséquent, en bas les manches, en haut la pointe des cuillers, au grand dommage des parties maternelles, seront fortement écartés les uns des autres, et par conséquent le forceps glissera facilement. Mais le forceps appliqué de cette façon comprimera en même temps la tête dans la direction de son diamètre longitudinal, compression qui a toujours pour conséquence une exagération de la pression sur les parties molles maternelles, qui déjà sans cela sont contusionnées entre la tête d'une part, le promontoire et la symphyse de l'autre. Il est clair que par conséquent le passage de la tête à travers le point rétréci sera ainsi rendu encore plus difficile. Le forceps agira donc directement dans le sens opposé à l'action favorable des douleurs, qui adaptent la tête à la forme du détroit supérieur, l'allongent dans son diamètre longitudinal et la raccourcissent dans son diamètre transversal. »

Simpson fait avec raison remarquer que la tête constitue un cône qui, lorsque la tête vient la première, pénètre dans le point rétréci par son extrémité épaisse, obtuse ; tandis que si la tête vient la dernière, elle pénètre par son extrémité la plus étroite. De plus, il est un fait très important : c'est que lorsque la tête vient la dernière, nous pouvons venir en aide à l'énergie des douleurs par une forte traction exercée sur le tronc, traction qui laisse à la tête toute liberté pour s'adapter de la façon la plus convenable à la forme du détroit supérieur ; tandis que lorsque la tête vient la première, cela devient impossible, parce que le forceps agit justement en sens inverse de la nature.

[1] Manuel d'accouchements, traduction Charpentier.

Martin insiste sur ce point, que la version est indiquée dans les rétrécissements du bassin, puisqu'elle permet d'amener dans la moitié la plus large d'un bassin asymétrique l'occiput, qui se trouvait dans la moitié la plus rétrécie.

Schrœder conclut ainsi : « Comme nous conseillons avant tout, dans l'intérêt de la mère, la version podalique et l'extraction dans les rétrécissements du bassin; comme de plus, dans les bassins très rétrécis (jusqu'à 7 centim. 1/4), nous avons pu extraire des enfants vivants, et comme nous ne voyons pas que la perforation pratiquée sur la tête venant la dernière soit plus difficile ou plus dangereuse pour la mère que la perforation de la tête venant la première, nous conseillons de pratiquer la version jusqu'aux limites du bassin absolument rétréci. »

Nous ferons une restriction au sujet de cette opinion dans ce qu'elle a de trop absolu. Il nous semble que la version est le plus souvent inutile dans les rétrécissements du premier degré (de 11 centim. à 9 centim. 1/2).

Les accoucheurs français répondent par la voix de Joulin que, lorsque le travail dure depuis longtemps, la tête est fortement fléchie, et alors ce n'est pas le bregma qui se présente, mais bien un point très voisin de l'occiput, qui forme le sommet d'un cône ayant pour base les bosses pariétales et qui présente plus de hauteur que le cône pariéto-mastoïdien et une épaisseur moindre à son sommet.

Et pour l'intervention : le forceps entraîne la tête et la force à diminuer la partie qui se présente, en obligeant les os à chevaucher pour se mouler sur la déformation.

Mais est-il bien vrai que la tête tende à se fléchir, la vie de l'enfant n'est-elle pas bien compromise, et les parties maternelles ne sont-elles pas bien contuses, quand ce long travail nécessaire à produire la flexion s'est effectué ?

D'un autre côté, le chevauchement des os se fait surtout au niveau des sutures du sommet de la tête, des sutures sagittale,

coronale, lambdoïde. Ce chevauchement se produira-t-il aussi facilement de haut en bas que de bas en haut? S'il se produit, ce que nous voulons croire, il se fera très brusquement et il en résultera une compression brusque de l'encéphale et la mort du fœtus. Au contraire, si la compression se fait graduellement de bas en haut, c'est-à-dire de la base du crâne vers son sommet, les os se resserreront doucement, la tête s'allongera, et le diamètre bi-pariétal ainsi raccourci franchira le détroit rétréci.

On le voit, la discussion n'a jamais roulé jusqu'à aujourd'hui que sur deux opérations : application du forceps d'une part, version podalique interne d'autre part. La version externe a été négligée ici comme elle l'a été dans bien d'autres cas. Seul, M. le Dr Laugier avait indiqué un peu le parti que l'accoucheur pouvait en tirer.

Les autres auteurs, MM. Clément, Belin, Nivert, n'en parlent pas, ou n'en parlent que pour rejeter la version podalique externe dans les rétrécissements.

Pour nous, nous préconisons hautement ce moyen d'intervenir dans les cas où nos prédécesseurs indiquaient, soit l'emploi du forceps, soit la version podalique interne.

Il nous reste à préciser les indications, c'est-à-dire à déterminer d'une façon claire les cas dans lesquels nous proposons cette intervention, l'indication devant varier selon le degré du rétrécissement.

Suivons la classification donnée par MM. Guéniot et Depaul dans le *Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales*.

Plusieurs cas peuvent se présenter :

1° La grossesse est près du terme ou bien l'accouchement est commencé.

Il convient d'établir trois grandes divisions :

A. Le bassin offre *au moins* 9 *centim*. dans le diamètre antéro-postérieur.

Nous établirons une subdivision :

a *De* 11 *centim. à* 9 *centim. et demi,* nous laisserons faire la nature, hors les cas de présentations de l'épaule, dans lesquels la version externe est naturellement indiquée si elle est possible. Dans ces cas en effet, le diamètre bi-pariétal, n'ayant que 9 cent. et demi au plus, pourra toujours s'engager et se réduire suffisamment si la tête vient première. Si c'est le siège qui se présente, la réduction se fera encore beaucoup mieux.

b. *De* 9 *centim. et demi à* 9 *centim.*, on doit moins compter sur les efforts de la nature, et nous proposerions volontiers déjà la version externe podalique.

B. Le bassin présente un rétrécissement de 9 *centim. à* 6 *centim.*

Il n'y a pas lieu ici de maintenir la subdivision de MM. Guéniot et Depaul. Dans ces cas, nous proposons absolument la version podalique externe, quitte à recourir au forceps ou au crâniotome dans les cas extrêmes.

C. Le bassin présente un rétrécissement *de* 6 *centim. à* 0.

Ici, tout le monde tombe d'accord. Il n'y a qu'à choisir entre l'embryotomie, la céphalotripsie répétée de Pajot ou l'opération césarienne. Nous n'avons pas à nous prononcer sur la valeur de ces différentes opérations. Nous souhaitons de n'avoir jamais à pratiquer l'opération césarienne sur la femme vivante.

2° Avant le terme.— Ici les indications sont plus nombreuses.

A. *Bassin entre* 11 *et* 9 *centim.* Laisser la femme aller jusqu'au terme et agir alors comme nous l'avons dit plus haut. Si la femme est multipare, nous pensons que la version podalique externe, pratiquée au moment de l'accouchement, nous permettra de nous dispenser de lui faire subir le régime débilitant ou les saignées

répétées préconisées par le professeur Depaul. Dans ces cas, en effet, la méthode que nous proposons permettra une réduction plus considérable de la tête.

B. *Bassin entre* 9 *et* 6 *centim.* La version par manœuvres externes permettra à l'accoucheur de ne provoquer l'accouchement prématurément qu'à une époque très rapprochée du terme ; il en résulte donc cet avantage capital de rendre plus assurée la viabilité de l'enfant. Cette proposition est surtout vraie pour les rétrécissements variant de 9 centim. à 7 centim. un quart.

C. *Bassin entre* 6 *centim. et* 0.— On pourrait encore tenter la version externe podalique au septième mois, chez une primipare, surtout quand le rétrécissement a 6 centim. Au-dessous, il est malheureusement impossible de conserver l'enfant, à moins de recourir à l'opération césarienne.

Telle est l'application que nous proposons de faire de la méthode de Wigand aux rétrécissements du bassin d'origine rachitique. Il nous resterait encore à parler des autres variétés de bassins viciés. Mais, pour ces derniers, l'entente des opérateurs est parfaite. Les accoucheurs français, si partisans du forceps dans les cas de bassins rachitiques, donnent leur préférence à la version quand il s'agit d'un bassin oblique ovalaire, quelle que soit l'origine de cette déformation. Nous n'avons donc, fidèle à notre système, qu'à remplacer la version interne proposée dans ces cas par les manœuvres externes. Un opérateur habile pourra toujours placer le fœtus dans une position telle, que dans le cours de l'accouchement l'occiput soit dirigé du côté le plus ample du bassin déformé. Nous n'avons pas besoin d'insister sur ce dernier point.

C'est dans les cas de bassin rachitique que la méthode de Wigand donnera ses plus beaux résultats. Nous ne pouvons que les prédire, car nous manquons d'observations probantes. Celles qui ont été plubliées concernant des bassins rétrécis dans lesquels la

version interne a donné de bons résultats, nous permettent d'affirmer *à priori* les succès plus considérables encore que l'on pourra obtenir dans les cas déterminés plus haut par l'emploi des manœuvres externes. Celles-ci en effet nous mettent à l'abri des difficultés souvent considérables de la version interne, difficultés bien faites pour rebuter souvent l'opérateur le plus hardi. Nous les énumérerons plus loin.

OBSERVATIONS.

PREMIÈRE OBSERVATION (personnelle).

Recueillie dans le service de la Clinique obstétricale, Professeur M. DUMAS.
Inutilité de l'opération pendant la grossesse.

Le 18 novembre 1881, entre à la Clinique d'accouchements la femme Marie P..., âgée de 30 ans. Cette femme a déjà eu deux grossesses précédemment; la dernière a été gémellaire, le second des fœtus s'était présenté par l'épaule, ce qui avait nécessité la version podalique interne.

A l'examen, M. le professeur Dumas nous fit remarquer la laxité insolite des parois abdominales. Même dans le décubitus dorsal, le ventre était manifestement en besace et recouvrait complètement le mont de Vénus. Debout, la femme présentait un aspect bien plus anormal encore ; assise, le ventre reposait sur la partie supérieure des cuisses. L'utérus lui-même participait à cet état de relâchement. Il était étendu transversalement, à cause de la laxité des parois, à cause aussi de la petitesse du fœtus ; il fut impossible ce jour-là de faire le diagnostic de la présentation et de la position de l'enfant. Le cœur fœtal s'entendait à 2 centim. environ au-dessus du pubis, du côté droit, ce qui donna à supposer que le fœtus était plus ou moins transversal. Les dernières règles dataient du 5 mai: ainsi, l'on pouvait conclure que la grossesse n'était encore arrivée qu'au septième mois environ. L'accouchement prouva qu'elle était moins avancée encore, puisqu'il n'eut lieu que le 25 mars.

Le 16 décembre, M. le Dr Gerbaud, chef de clinique, fit examiner

cette femme pendant sa leçon, et nous pûmes alors constater, avec plusieurs de nos condisciples, que la tête du fœtus était logée dans la fosse iliaque droite, le dos du fœtus étant en avant. Le siège n'était pas très élevé dans le flanc gauche, comme cela arrive généralement ; il est vrai que le fœtus était encore petit et le relâchement des parois énorme. Le cœur s'entendait encore au même niveau. Au toucher vaginal, on n'obtenait que des signes négatifs. Il s'agissait donc d'une présentation de l'épaule gauche en céphalo-iliaque droite. M. le Dr Gerbaud tenta la version par manœuvres externes ; elle réussit parfaitement et donna une présentation du sommet en o.i.g.t. Dès que la femme fit un premier mouvement pour descendre du lit d'examen, la position précédente s'était renouvelée, ainsi qu'il fallait s'y attendre.

Nous revîmes cette femme le 23 janvier. M. le Dr Gerbaud nous fit constater que le fœtus avait pris une attitude normale ; il se présentait effectivement par le sommet en o.i.dr.p. Depuis ce jour, la présentation ne changea plus. La position seule devint autre. Le fœtus fut très rapidement expulsé le 25 mars, en première position du sommet. C'était une fille pesant 3,580 gram.

Cette observation montre combien il est difficile de pratiquer la version externe, pendant la grossesse, avec fruit, et combien enfin on peut compter sur les efforts de la nature elle-même pour atteindre le but désiré.

OBSERVATION II.

Due à l'obligeance de M. le Dr Gerbaud, Chef de clinique obstétricale.
Inefficacité de l'opération pendant la grossesse.

Le 13 septembre 1880, entre à la Clinique d'accouchements la nommée Léonie C..., âgée de 22 ans, primipare. Cette femme boîte légèrement. Le raccourcissement qui se trouve au membre inférieur gauche est de 6 centim. environ. Il est dû à une luxation congénitale de l'articulation coxo-fémorale gauche. Le genou et le pied de ce côté regardent en dehors. Le bassin, examiné avec beaucoup de soin, paraît être néanmoins bien conformé.

Ce qui frappe d'abord à l'examen obstétrical, c'est le volume considérable du ventre. La femme nous dit que l'abdomen a augmenté

brusquement de volume, il y a environ un mois et demi. Cette augmentation de volume s'est effectuée sans douleur d'aucune sorte. Seulement, depuis ce temps, elle éprouve une grande gêne dans la respiration, surtout quand elle marche vite ou qu'elle gravit un escalier. Le palper abdominal permet de constater que l'augmentation de volume appartient bien à l'utérus. Le fond de cet organe atteint presque l'appendice xyphoïde, et cependant les commémoratifs ne permettent pas de conclure à une grossesse arrivée au neuvième mois.

D'après les renseignements donnés par la femme, la grossesse serait de huit mois tout au plus. Le palper nous permet aussi de constater que le fœtus est d'un volume ordinaire, très mobile dans la cavité utérine, à cause de la grande quantité de liquide dans lequel il nage. Son attitude d'ailleurs est anormale, sa tête se trouve située au fond de l'utérus à droite ; à gauche, vers la marge du bassin on palpe manifestement une jambe du fœtus. Le siège des mouvements actifs a d'ailleurs varié souvent depuis l'augmentation de volume du ventre. Au niveau de la tête, on produit très bien le ballottement. Le dos se trouve dirigé en arrière et à droite. Les bruits du cœur fœtal sont obscurs, sourds, et s'entendent difficilement dans le flanc droit à la hauteur de l'ombilic. L'enfant se présente, en somme, par le siège en position s. dr. p.

M. le professeur agrégé Dumas constata comme nous cette situation du fœtus quelques jours après. Avec son habileté bien connue, il fit immédiatement la version par manœuvres externes. L'opération se fit très facilement. La tête du fœtus fut ramenée au détroit supérieur en position o. g. tr. Les bruits du cœur, peu distincts il est vrai, s'entendaient dans le flanc gauche, mais à une hauteur moindre que précédemment. On appliqua un bandage de corps, sans en attendre un grand résultat, étant donné l'hydramnios, qui certainement était chez cette femme la cause prédisposante de la présentation anormale, la claudication, pensons-nous, en ayant été la cause déterminante.

La version avait été faite vers le 20 septembre ; le 23, la femme fut examinée à nouveau. Le fœtus avait repris sa situation première, la tête au fond de l'utérus, le dos semblait tourné en avant ; les bruits du cœur s'entendaient un peu mieux dans le flanc droit, toujours à la hauteur de l'ombilic. M. le professeur agrégé Dumas ne jugea pas à propos de recommencer l'opération, se réservant de la pratiquer au moment du travail. Nous fûmes chargé d'examiner cette femme assez souvent pour rendre compte de ce qui pourrait se passer.

Le 2 octobre, avec M. Dumas, nous constatons que l'enfant avait culbuté entièrement. La tête se trouvait dans la fosse iliaque gauche sur la marge du détroit ; le siège était au fond de l'utérus à droite. Le dos regardait en arrière et à droite. Le cœur fœtal s'entendait dans la fosse iliaque droite, au-dessous d'une ligne passant par l'ombilic. La position était sans aucun doute une occipito-iliaque droite postérieure. Ajoutons que la tête était très mobile au-dessus du détroit supérieur.

Le 16 octobre survint un accident assez fréquent dans le cas d'hydramnios. La femme perdit dans la nuit, en se levant, une quantité de liquide très notable évaluée à environ un litre. D'ailleurs pas la moindre douleur utérine. La dyspnée est moins accentuée, la femme se trouve pour le mieux.

Le 18 octobre, à midi, les douleurs surviennent, l'accouchement marche normalement. L'enfant a gardé la position du 2 octobre. Il se présente en o. i. dr. p. L'accouchement se termine à 1 heure du matin, le 19 octobre, par l'expulsion d'un garçon pesant 3,200 gram. Il était né avec un circulaire autour du cou. A cette disposition du cordon, nous pouvons rattacher un phénomène qui se produit rarement. Le cinquième temps fut remarquable en ce que le mouvement de rotation se continua de droite à gauche ; l'épaule droite vint se placer sous l'arcade pubienne, la face du fœtus regardait la cuisse droite de la mère. Et cependant, le diagnostic fut confirmé à la naissance par une bosse sanguine grosse comme un œuf, qui siégeait sur l'angle postéro-supérieur du pariétal gauche.

En résumé, nous avons observé dans ce cas l'inutilité de la version externe dans la grossesse, puisque dans beaucoup de cas la présentation vicieuse se reproduira. De plus, il y a une véritable version spontanée, une véritable opération de la nature. Dans les cas d'hydramnios surtout, l'opération est contre-indiquée pendant la grossesse, et la ceinture de M. Pinard ne servirait à rien dans des cas de ce genre, nous en sommes persuadé. C'est au moment du travail qu'il convient d'opérer, et à ce moment seulement.

OBSERVATION III.

Communiquée par le M. Dr Gerbaud, Chef de clinique obstétricale.
Version par manœuvres externes.

La nommée Marie G... entre à la Clinique obstétricale le 10 juillet 1880. Cette femme, âgée de 24 ans, n'a aucun antécédent morbide. Elle est enceinte pour la seconde fois. Son premier accouchement, qui remonte à deux ans, n'a rien présenté d'anormal. Sa grossesse actuelle a très bien évolué. Elle se plaint seulement de mauvaises digestions. A son entrée à la clinique, l'utérus s'élève à un bon travers de main au-dessus de l'ombilic. Elle a vu ses dernières règles au commencement du mois de novembre. Les commémoratifs et le volume de l'utérus nous permettent de diagnostiquer une grossesse arrivée au 9e mois.

Le fœtus est dans une position normale. Les battements du cœur fœtal s'entendent à gauche au-dessous de l'ombilic.

Chose à noter cependant : l'utérus paraît distendu par une grande quantité de liquide et le fœtus est très mobile.

24 juillet. Même situation du fœtus ; le sommet ne s'est pas encore engagé.

25. La tête du fœtus se trouve dans la fosse iliaque gauche, les battements cardiaques s'entendent au maximum dans le flanc droit. M. le professeur agrégé Dumas pratique la version par manœuvres externes. L'évolution du fœtus se fait très facilement et donne une seconde position du sommet en o. i. dr. p.

Le 1er août, commencement du travail à 10 heures du soir. Les douleurs sont fréquentes, mais peu intenses, au début. Symptômes réflexes considérables : éructations, puis vomissements répétés. La dyspepsie avait augmenté pendant les derniers jours de la grossesse. La tête fœtale ne s'engageait point ; elle semblait, à 8 h. du matin, être encore en 2e position ; les bruits du cœur étaient dans le flanc droit. Le travail ne marchant pas, la femme ne fut guère surveillée pendant la journée du 2 août. — A 5 heures du soir, quand on l'examina de nouveau, les choses avaient bien changé. La tête du fœtus n'était plus au détroit supérieur, mais bien au fond de l'utérus et à droite. Notre seconde position du sommet était devenue une première position du siège. Le maximum des bruits du cœur était d'ailleurs à gauche dans le flanc et à la hauteur de l'ombilic. L'évolution du

fœtus était donc complète. Le col, qui le matin était dilaté comme une pièce de 2 francs, s'était refermé, et les contractions utérines avaient complètement cessé.

M. l'agrégé L. Dumas pratiqua de nouveau la version par manœuvres externes. La tête fœtale fut abaissée vers la fosse iliaque droite, puis ramenée au niveau du détroit supérieur. La mutation fut assez facile ; seulement il arriva pendant l'opération un phénomène assez remarquable : c'est que le fœtus opéra un mouvement de rotation selon son axe vertical. Il en résulta définitivement une 4e position du sommet ; ce qui ne contribua pas peu à rendre l'accouchement très laborieux.

Après la réduction, nous appliquâmes sur l'abdomen un bandage de corps qui fut doublé, du côté de la fosse iliaque droite, d'un fort coussinet de ouate. La femme, très fatiguée par le travail, qui avait cessé complètement à ce moment, fut autorisée à se lever. Pendant la nuit suivante, elle dut se coucher sur le flanc droit.

Le 3 août au matin, les choses sont dans l'état. Le travail ne reprend que vers 8 heures du soir. Vers 9 heures, la tête opère son mouvement de flexion et s'engage en o. i. g. p. — Le travail cesse de 11 heures du soir à 1 heure du matin, pui reprend et continue jusqu'à 8 heures du matin. La femme s'endort de nouveau jusqu'à 2 heures de l'après-midi. — Bain d'une heure. Le travail reprend à 3 heures du soir et l'accouchement a lieu le 5 août à 1 heure du matin. Le mouvement de rotation a été complet, mais s'est effectué très lentement. Le travail a duré en tout 75 heures. L'enfant, du sexe masculin, est arrivé un peu asphyxié, mais il s'est promptement remis. — Les suites des couches furent très heureuses.

OBSERVATION IV.

Communiquée par M. le professeur agrégé Grynfeltt.
Version podalique par manœuvres externes.

Après avoir rappelé l'histoire d'une multipare dont la dernière grossesse avait été terminée par la version interne, avec céphalotripsie sur la tête dernière, M. Grynfeltt nous raconte ainsi ce qui se passa au dernier accouchement.

....Enfin, au mois d'avril dernier, fin de la septième grossesse à terme, en première position de l'épaule droite (céphalo-iliaque gauche,

dorso-antérieure). Rien de particulier au cours de cette grossesse; mais cette fois, dès le début du travail (13 avril, 5 heures du soir), je pus nettement m'assurer, par le palper abdominal, de la présence de la tête du fœtus dans la fosse iliaque gauche. Là, je sentis en effet très distinctement, en palpant avec soin, une tumeur volumineuse, de forme arrondie, résistante, dure, de consistance osseuse, qui ne pouvait être que la tête de l'enfant. Au toucher vaginal, détroit supérieur vide.

Aussitôt je me mis en mesure (placé à droite de la parturiente) de repousser avec ma main droite cette tumeur vers l'orifice du détroit supérieur, tandis qu'avec ma main gauche je repoussais en haut le siège du fœtus, qui occupait le flanc droit. Je renouvelai cette manœuvre trois ou quatre fois dans l'intervalle des contractions utérines, et j'échouai toujours dans mon entreprise. La tête s'abaissait un peu, mais remontait aussitôt, comme si un lien l'eût tirée vers le fond de la cavité utérine. Pour être franc, je dois dire que je ne pensais pas du tout à l'action du cordon ombilical raccourci, pour produire cet effet. J'étais quelque peu embarrassé, mais je ne voulais pas exercer de pressions trop fortes. L'idée me vint aussitôt de tenter la manœuvre inverse, de relever la tête et de faire descendre le siège. Quel ne fut pas mon étonnement! du premier coup je réussis : le siège vint occuper le détroit supérieur. Pour l'y maintenir, je le fixai un instant avec mes deux mains placées de chaque côté dans l'une et l'autre fosse iliaque, les doigts suffisamment enfoncés pour atteindre le rebord du détroit supérieur. Un moment après, je conseillai seulement à la parturiente le décubitus latéral droit, de façon à empêcher le siège de remonter.

L'engagement ne se fit pas attendre, pas plus que la dilatation complète du col. A sept heures et demie avait lieu la rupture spontanée de la poche des eaux. A huit heures, l'accouchement était terminé. Lorsque l'ombilic arriva à la vulve, sans que j'eusse exercé aucune traction, il me fut impossible d'attirer au dehors le cordon. Je commençai alors à me douter de ce qui existait. Pendant que je le sectionnais, l'expulsion eut lieu spontanément. Trois circulaires serrés existaient autour du cou de cet enfant. Il ne respirait pas ; tous mes efforts, continués pendant près de deux heures, furent inutiles pour le rappeler à la vie (flagellation, frictions stimulantes, respiration ar-

tificielle, insufflation pulmonaire, bains chauds). C'était encore un petit garçon du poids de 3,525 gram.

Délivrance et suites de couches normales.

OBSERVATION V.

Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Grynfeltt.
Version céphalique par manœuvres externes.

Rosalie P... 25 ans, de l'Aveyron, entre à la Clinique d'accouchements le 28 décembre 1864. Constitution bonne, première apparition des règles à 15 ans. Menstruation irrégulière ; aménorrhée habituelle pendant les chaleurs de l'été. Un accouchement avant terme au septième mois. — Cette femme se trompe ou plutôt veut tromper quand elle assure avoir eu ses règles pour la dernière fois au commencement d'avril. Au cours de cette grossesse : douleurs épigastriques, douleurs lombaires, pas de vomissements.

Dans les premiers jours de février, quelques contractions utérines qui font croire à un commencement de travail. Elles durent deux jours et cessent par le repos. Conformation du bassin normale.

Chez cette femme, le ventre présente une augmentation évidente de ses dimensions transversales. Le palper abdominal fait reconnaître une tumeur dure, arrondie, dans la fosse iliaque droite, et une autre tumeur plus volumineuse, moins résistante, munie d'appendices mobiles, située plus haut dans la fosse iliaque du côte opposé. Le maximum d'intensité des bruits cardiaques du fœtus s'entend en avant, à droite, très bas, au-dessus de l'éminence iléo-pectinée. Par le toucher vaginal on ne peut atteindre aucune partie fœtale au détroit supérieur. Il s'agissait, suivant toute probabilité, d'une présentation céphalo-iliaque droite dorso-antérieure. M. le professeur Dumas, quelques jours avant l'accouchement de Rosalie, juge à un cinquième examen de doctorat, porte ce diagnostic.

Les premières contractions se font sentir le 5 mars 1865, à quatre heures de l'après-midi. A neuf heures du soir seulement, elles sont accusées par la femme. Elles sont peu fréquentes, de courte durée, et très peu vives, Elles continuent toute la nuit, toute la journée du lendemain, en augmentant un peu d'intensité et de fréquence ; mais elles sont encore peu énergiques. Le col, complètement effacé, conserve toute son épaisseur. Le doigt pénètre dans l'orifice sans pouvoir atteindre aucune partie fœtale.

6 mars. Dans l'après-midi, l'extrémité podalique du fœtus, dont la présence a été reconnue par le palper abdominal dans le flanc gauche, semble, sous l'influence des contractions utérines seules, vouloir descendre au détroit supérieur ; on espère donc un moment voir s'effectuer une version podalique spontanée.

Dans la soirée, les douleurs deviennent plus vives et plus rapprochées ; le col est largement ouvert, il est dilaté comme une pièce de 1 fr., mais il est encore épais. La présentation n'est pas changée, le siège est encore loin du détroit supérieur. — A sept heures et demie, placé à gauche de la femme mise en décubitus dorsal, les membres inférieurs légèrement fléchis sur l'abdomen, j'exerce avec ma main gauche une pression douce et soutenue sur la tumeur dure et arrondie qui occupe la fosse iliaque droite, et je la pousse en bas et en dedans, tandis que, avec ma main droite appliquée sur la tumeur située dans le flanc gauche, je soulève cette tumeur en haut et en dedans. — Le toucher vaginal, pratiqué pendant cette manœuvre, fait reconnaître une présentation céphalique à mon collègue d'internat, M. Augé, qui veut bien prendre ma place pour me permettre de constater à mon tour cette présentation.

Cette réduction opérée, le décubitus latéral droit est imposé à la parturiente et un petit coussin dur est placé au niveau de la fosse iliaque, qui repose sur le plan du lit. Mais cette attitude ne peut suffire pour maintenir la tête au détroit supérieur. Peu après, les rapports étaient les mêmes qu'avant la manœuvre.

A neuf heures et demie, l'état du col n'a pas changé. Les douleurs sont vives et fréquentes, franches et régulières. Alors la version céphalique par manœuvres externes est de nouveau pratiquée, et, une fois la tête amenée au détroit supérieur, elle y est constamment maintenue fixée par des aides qui, assis à droite de la patiente en décubitus de ce côté, exercent avec leurs mains, sur la fosse iliaque correspondante, une pression douce, mais assez forte et continue, dirigée en bas et en dedans. Mes collègues d'internat, M. Cauvy (aujourd'hui médecin distingué à Béziers) et M. Augé (aujourd'hui médecin distingué à Narbonne), M. Vigneau (actuellement inspecteur des eaux de Saint-Christau) et quelques autres élèves en médecine, se remplacent tour à tour auprès de la parturiente ; grâce à leur concours intelligent, la tête du fœtus peut être maintenue en rapport avec le détroit supérieur. De temps en temps, une pression

méthodique de bas en haut et de dehors en dedans servait à redresser le siège du fœtus et à le ramener vers la région ombilicale de la mère. D'ailleurs le résultat obtenu par ces manipulations est surveillé avec toute l'attention nécessaire, la femme est pour ainsi dire gardée à vue. L'effacement du col se fait rapidement, la tête reste mobile jusqu'à minuit.

7 mars. A trois heures du matin, elle commence à se fixer ; les deux mains, appliquées chacune dans une fosse iliaque, la sentent très distinctement au détroit supérieur et l'assujétissent à cette place jusqu'à quatre heures et demie. A cette heure, elle est fixée par un commencement d'engagement. La dilatation du col étant comme une pièce de 5 fr., la poche des eaux est rompue afin que, le liquide amniotique écoulé, l'utérus revenant sur lui-même fixe définitivement la tête au détroit abdominal. Alors le diagnostic d'une présentation du vertex en première position est tout à fait facile ; la direction de la suture sagittale et la position relative des fontanelles ne laissent aucun doute à cet égard.

5 heures. La tête a franchi le col ; le travail marche très régulièrement.

5 heures et demie. La femme est portée sur le lit de misère. Elle est très fatiguée ; les douleurs se ralentissent et sont moins intenses. Dans l'intervalle de deux contractions successives, Rosalie repose tranquillement.

7 heures. Le travail a peu avancé ; la tête est encore dans l'excavation et n'a pas atteint le détroit périnéal. Une application de forceps est jugée nécessaire, et M. le professeur agrégé Garimond, alors suppléant de M. le professeur Dumas, fait cette application on ne peut plus aisément. Une belle petite est extraite après quelques tractions peu énergiques. Un circulaire du cordon autour du cou. Légère déchirure du périnée.

Délivrance naturelle. — Suites des couches normales.

OBSERVATION VI.

Communiquée par M. le professeur agrégé Grynfeltt.

Version céphalique par manœuvres externes quelque temps après la rupture des membranes.

Philomène F..., de Montpellier, âgée de 23 ans, entre à la Clinique d'accouchements le 31 mars 1864, au septième mois de sa grossesse.

Elle est enceinte pour la seconde fois. Syphilis constitutionnelle (plaques muqueuses à la vulve, au périnée, dans le sillon thoraco-mammaire, ulcérations à la gorge). — Pilules de Ricord, lotions avec la liqueur de Van Swieten, applications de poudre de calomel.

La palpation abdominale, l'auscultation et le toucher vaginal témoignent d'une présentation du crâne en première position. Obliquité de la matrice assez marquée.

Dans l'après-midi du 2 mai, je ne sais vraiment ce qui poussait cette fille à agir ainsi, Philomène se met à sauter à la corde. Le soir, quelques contractions utérines se manifestent, et à dix heures et demie l'œuf se rompt. Alors seulement je suis appelé auprès de cette femme par l'infirmière du service. Le col est mou, dilatable, mais sans dilatation bien marquée ; ses deux orifices sont environ à 1 centimètre et demi l'un de l'autre. Aucune partie fœtale n'est accessible par le toucher. Le segment inférieur de la matrice n'est plus distendu par l'ovoïde crânien du fœtus. La poche des eaux étant rompue, pour éclairer le diagnostic d'une présentation possible de l'épaule et agir en conséquence, la main entière est portée dans le vagin, suivant le conseil de Dugès, et l'index et le médius sont introduits dans le col. Impossible encore de reconnaître nettement la partie de l'enfant qui est en rapport avec le détroit supérieur. Le palper abdominal fait constater dans la fosse iliaque gauche une tumeur dure, arrondie, qui ne peut-être que la tête du fœtus. Les bruits du cœur sont perçus au-dessus de l'éminence iléo-pectinée de ce côté, mais plus haut, il faut le dire, qu'on ne les entend généralement dans les cas de présentation de l'épaule en position dorso-antérieure. Mouvements actifs ou mieux provoqués du fœtus, plus nettement perçus dans l'hypochondre droit.

De quoi s'agissait-il ? D'une première position de l'épaule droite, suivant toute probabilité.

En attendant l'arrivée de M. le professeur Dumas, que je préviens, aussitôt l'examen terminé, de l'état dans lequel se trouve la patiente, je me mets à essayer les manipulations extérieures, à l'effet de ramener la tête de l'enfant au détroit supérieur. Le court espace de temps qui me séparait du moment de la rupture de la poche amniotique, l'existence probable d'une certaine quantité de liquide dans l'utérus, me donnait quelque espoir de succès. J'exerce donc sur la tumeur qui occupe la fosse iliaque gauche des pressions dirigées en

bas et en dedans, et je suis assez heureux pour arriver, au bout de quelques instants, au résultat désiré. Le décubitus latéral gauche, sur un petit coussin dur appliqué au niveau de la fosse iliaque de ce côté, suffit ensuite pour maintenir l'effet obtenu.

A partir de ce moment et par l'effet même de ces pressions extérieures, les contractions utérines se succèdent avec rapidité. Elles sont énergiques et régulières. La dilatation est complète à cinq heures du matin, et, à six heures et demie, Philomène accouche d'une enfant en présentation du sommet.

Une particularité que je dois signaler, c'est que le cinquième temps de l'accouchement, la rotation extérieure, ne se fit pas. Les épaules sortirent en travers. L'enfant, du reste, n'était pas très grosse, elle ne pesait que 2,395 gram.

OBSERVATION VII.

Communiquée par M. le professeur agrégé L. Dumas, ancien Chef de clinique d'accouchements.

Impossibilité de pratiquer la version externe.

La nommée Joséphine C..., âgée de 30 ans, multipare, entre à la Clinique le 1er novembre 1879, avec les douleurs. Le travail s'était déclaré le matin à 9 heures. La grossesse n'était pas à terme ; la femme pensait en être arrivée au huitième mois seulement, et l'événement lui donna raison.

Quand elle arriva à la salle d'accouchements, la dilatation était presque complète. La poche des eaux était volumineuse, allongée en forme de boudin, et, dans l'intervalle des contractions, le doigt porté très haut, constatait au-dessus du détroit la présence d'une partie fœtale mince, déliée, évidemment un membre. Le diagnostic de cette partie était assez difficile ; cependant on crut pouvoir affirmer qu'il s'agissait d'un pied. D'un autre côté, le palper abdominal permettait de constater que la tête était située au fond de l'utérus à droite, que le dos répondait à gauche et en avant. Les bruits du cœur étaient très nets au niveau de la ligne médiane, en un point également éloigné du pubis et de l'ombilic. Cette constatation avait fait penser tout d'abord à une présentation transversale.

M. Dumas tenta la version par manœuvres externes, mais en vain. Les contractions étaient déjà devenues très violentes et très fréquen-

tes surtout. Après plusieurs essais infructueux, on abandonna le travail à sa marche naturelle.

Les membranes furent rompues artificiellement à 1 heure du matin, après dilatation complète du col. M. Dumas alla à la recherche de la présentation, qui était bien celle du siège, et abaissa les membres inférieurs du fœtus. L'extraction se fit sans aucune difficulté.

L'enfant était une fille mal développée, du poids de 1,800 grammes seulement.

Cette observation est un exemple des difficultés que l'on peut rencontrer dans l'opération que nous proposons. La note de M. Dumas porte que le fœtus était complètement logé dans la partie droite de l'utérus, que le siège était fortement assis sur la marge du détroit. Les contractions utérines violentes avaient pour ainsi dire immobilisé le fœtus. De là, la difficulté et le mauvais résultat obtenu.

PARALLÈLE ENTRE LA VERSION INTERNE ET LA VERSION EXTERNE. CONCLUSIONS.

Qui veut trop prouver ne prouve rien, dit un axiome vulgaire. Aussi ne voulons-nous pas faire un procès en règle à la version interne, au profit de l'opération que nous avons étudiée. Nous n'avons proposé la version externe que dans les cas où elle peut, où elle doit se faire. Cette manœuvre, si efficace et si bénigne que les gens du monde lui refusent le nom d'opération, prévient et remplace le plus souvent la version interne, et, comme telle, elle devient la préservatrice de bien des maux.

Il est incontestable que la version interne expose la femme et le fœtus à nombre d'accidents (nous entendons parler de la version podalique). La version externe, elle, n'expose à aucun accident, quand, bien entendu, elle est pratiquée avec les ménagements voulus. Cependant il ne faut pas, dans un fol enthou-

siasme, exagérer les difficultés, les inconvénients et les dangers de la version par manœuvres internes.

D'abord les difficultés. On a signalé l'étroitesse de la vulve. Pour qui sait bien s'y prendre, cette disposition des organes génitaux externes ne doit pas entrer en ligne de compte.

Les contractions spasmodiques du col, sa résistance, sont des obstacles, il est vrai ; mais on peut attendre dans nombre de cas, et, si l'attente n'est pas permise, c'est qu'il y a danger pour la mère et pour le fœtus. Dans ce cas, la version externe ne saurait être employée.

Nous avons dit plus haut quels étaient les avantages de la version céphalique externe dans les cas où le placenta est inséré vicieusement. Il n'en est pas moins vrai que lorsque la dilatation est suffisante et que l'hémorrhagie devient inquiétante, on doit formellement tenter l'extraction par les pieds. La version externe n'offre certainement pas l'avantage de la rapidité.

La rétraction violente du corps de l'utérus rend la manœuvre interne difficile : l'accoucheur est exposé à rompre les insertions du vagin sur le col et même à produire une déchirure de l'utérus. Mais, dans ce cas, la version externe est-elle praticable et n'expose-t-elle pas aux mêmes inconvénients avec moins de chance de réussite ?

Il ne convient donc pas d'incriminer toute une méthode parce que dans certains cas elle ne donne pas, elle ne peut donner, de bons résultats. Il s'agit de juger avec impartialité. Il faut donc reconnaître que, dans bien des cas, la version interne est chose nécessaire et que les manœuvres externes ne sauraient la remplacer.

Mais dans les cas où la version externe est praticable, et ils sont nombreux, il est incontestable que la méthode que nous préconisons a d'immenses avantages sur la version podalique interne.

D'abord la version externe ne nécessite pas grand appareil ; aussi le public ne la considérera-t-il jamais comme une opération. Nous sommes loin ici des solennels et terribles préparatifs de la version interne.

L'accoucheur n'a pas besoin de poser son habit, de mettre ses bras à nu, de faire placer la femme sur un lit spécial, dans une position qui alarme sa pudeur ; il n'a pas besoin d'aide pour soutenir les membres, etc. Et, pour la femme, quelles appréhensions peuvent être évitées, et quelles douleurs aussi ! Ce n'est pas en vain que l'on a proposé la chloroformisation dans ces cas : la version interne est certainement, de toutes les opérations obstétricales, la plus douloureuse.

Mais ce ne sont pas là les grands inconvénients de la méthode. Examinons les dangers réels qu'elle présente.

Et d'abord, pour l'enfant, la version externe, ramenant la tête le plus souvent au-dessus du détroit supérieur, lui permet d'arriver au jour dans les conditions les plus normales et par conséquent les plus avantageuses pour lui. On sait combien les présentations du sommet sont favorables. L'opérateur est dans ce cas l'imitateur fidèle de la nature. Par la version interne au contraire, ce sont les pieds qui sont amenés premiers au dehors, et l'on sait combien cette extraction brusque par l'extrémité podalique peut être fâcheuse pour le fœtus.

D'ailleurs, ne pourrait-on amener par la version externe que le siège au détroit supérieur, et c'est justement ce que nous avons proposé dans les rétrécissements moyens du bassin, que la manœuvre serait encore plus favorable que dans la version podalique interne. Dans notre méthode, la poche des eaux reste intacte, le siège se présente pelotonné, et offre par conséquent un volume assez considérable pour qu'après son passage la tête franchisse facilement le col utérin.

L'accouchement se fait, en somme, naturellement : il est spon-

tané, physiologique. Dans ce dernier cas, le cordon risque moins d'être comprimé ou tiraillé, comme pendant l'extraction manuelle ; l'extension de la tête, complément le plus souvent de l'extraction, ne se produit pas ; les bras ne se défléchissent pas non plus ; autant de circonstances fâcheuses qui retardent la naissance de l'enfant et l'exposent à l'asphyxie.

Du côté de la mère, nous avons déjà parlé des douleurs considérables que provoquent l'introduction de la main dans l'utérus. En laissant de côté les accidents qui peuvent se produire pendant l'opération, la version interne doit toujours faire craindre des suites fâcheuses, dont la plus redoutable est certainement la péritonite. Signalons aussi un danger qui peut se produire souvent par suite de la déplétion brusque de l'utérus, après l'extraction manuelle. De là souvent les hémorrhagies *post partum* et la syncope, qui rapidement peut devenir mortelle si la femme présente des lésions cardiaques par exemple.

D'ailleurs, les statistiques faites par différents auteurs prouvent mieux que toute description les résultats obtenus par les deux méthodes.

Évidemment, nous ne pouvons prendre ces résultats à la lettre. Pour bien les juger, il faudrait savoir dans quelles conditions on a opéré. Il faudrait savoir notamment si les eaux s'étaient écoulées et depuis quand, si le bassin était normal, etc.

Les chiffres suivants indiquent la mortalité des enfants dans les cas de version interne.

Mme	Lachapelle.....	sur	329	versions	internes	a eu	83	enf. morts
MM.	Michaëlis.....	—	60	—	—	—	32	—
	Hüter.....	—	1518	—	—	—	1022	—
	Kivisch.....	—	49	—	—	—	26	—
	Riecke	—	3120	—	—	—	1756	—
	Hein.....	—	60	—	—	—	33	—
	Carus.....	—	2	—	—	—	1	—
	Osiander.....	—	68	—	—	—	41	—
	Boivin.....	—	70	—	—	—	10	—

Ramsbotham..	sur	8	versions internes	a eu	5	enf.	morts
Churchill.....	—	542	—	—	181	—	
Pereira.....	—	3	—	—	2	—	
Maternité de Paris..	—	68	—	—	26	—	
Clin. de Montpellier.	—	6	—	—	4	—	

La mortalité des mères est aussi assez élevée. Ainsi :

MM. Hüter....	sur	1518	versions internes	a eu	135	femmes	mortes.
Riecke...	—	3120	—	—	300	—	
Churchill.	—	542	—	—	37	—	
Pereira...	—	3	—	—	1	—	

Ce qui donne pour les enfants une mortalité de 18 pour cent environ, ou 2 sur 10.

Et pour les femmes, 10 pour cent cas de version interne.

La mortalité des enfants dans les cas de version externe est pour ainsi dire très insignifiante si on la compare surtout à celle qui est la conséquence des manœuvres internes. Ainsi :

MM. Belin.....	sur	37	versions externes	a eu	5	enfants	morts
Michaëlis.....	—	6	—	—	0	—	
Ed. Martin.....	—	31	—	—	0	—	
Riecke.....	—	16	—	—	1	—	
Stoltz.....	—	5	—	—	1	—	
Hubert.....	—	26	—	—	0	—	
Nivert.....	—	14	—	—	0	—	
Clinique de Montpellier	—	3	—	—	0	—	
M. Grynfeltt	—	5	—	—	1	—	

ce qui donne pour cent une mortalité de 5,6 seulement.

Est-il besoin d'ajouter que l'opération n'a jamais été funeste aux mères ?

Certes, les chiffres que nous venons de citer n'ont qu'une valeur relative. Il faudrait, nous l'avons déjà dit, avoir des observations complètes, détaillées ; nous y trouverions, sans doute, maintes circonstances qui ont pu amener la mort du fœtus en dehors de

l'intervention manuelle. Néanmoins la comparaison des chiffres aurait encore une grande valeur, et nous ne pouvons qu'être tristement étonné en voyant l'indifférence des praticiens d'aujourd'hui pour des manœuvres d'une exécution si facile et d'une portée si considérable. Espérons que les derniers efforts tentés dans cette voie ramèneront les accoucheurs futurs à de meilleurs sentiments, en leur faisant comprendre les avantages énormes de la méthode que nous préconisons.

Une dernière considération, mais celle-ci est extra-scientifique: Pour pratiquer la version externe, point n'est besoin pour l'accoucheur de posséder une force musculaire remarquable, une petite main, un sang-froid hors ligne. Ici, point d'efforts violents, comme pour la version interne. Au contraire, on doit agir par pressions douces, modérées, méthodiques. Pas de souffrances considérables pour la femme, pas de cris déchirants, pas de famille en pleurs ! autant de circonstances bien propres à paralyser l'action du médecin le plus courageux.

Enfin, et ceci est fort important dans la pratique, la méthode, par sa simplicité, est à la portée de tous, grands et petits dans la science. L'opération peut donc être faite par la sage-femme, et ceci est un grand avantage dans un pays qui se trouve un peu dépourvu de praticiens.

Nous croyons déduire de notre travail les conclusions suivantes.

On ne peut guère pratiquer avec succès la version par manœuvres externes qu'au moment de l'accouchement, dans l'intervalle des contractions utérines, avant la rupture des membranes de l'œuf. Cette dernière condition peut manquer quelquefois (Obs. VI).

Les indications de cette opération sont les présentations vicieuses ou irrégulières du fœtus.

Elle peut rendre aussi d'éminents services dans les rétrécissements antéro-postérieurs du bassin, surtout dans ceux du second degré.

Les avantages de la version externe sur la version interne sont amplement démontrés, ne serait-ce que par les statistiques.

Son plus grand avantage, à notre avis, est de pouvoir être pratiquée par toutes les personnes qui s'occupent d'accouchements, ce qui est d'une importance qui n'échappe à personne.

Vu:
Le Président-Censeur,
ESTOR.

Vu, bon à imprimer:
Le Doyen,
J. BENOIT.

Permis d'imprimer.
Le Recteur de l'Académie.
G. CHANCEL

QUESTIONS TIRÉES AU SORT

AUXQUELLES LE CANDIDAT RÉPONDRA VERBALEMENT

(*Arrêté du 22 mars* 1842.)

Chimie médicale et Pharmacie.

Du chlore, du brome et de l'iode au point de vue chimique et médical.

Physique médicale.

Théorie du microscope composé.

Botanique et Histoire naturelle médicale.

Classification des mammifères.

Anatomie.

De la structure des artères.

Anatomie Pathologique et Histologie.

De la cellule en général.

Physiologie.

Des méthodes calorimétriques; leur application à la physiologie.

Pathologie médicale ou interne.

Peut-on, en nosologie, préciser le nombre des diathèses ?

Pathologie chirurgicale ou externe.

Des abcès froids.

Thérapeutique et Matière médicale.

Des médications dans les maladies simples.

Opérations et Appareils.

De la désarticulation du coude.

Médecine légale et Toxicologie.

De l'infanticide.

Hygiène.

Tracer les règles du régime des glycosuriques.

Accouchements.

Quels sont les inconvénients, pour l'enfant, de l'emploi du seigle ergoté ?

Clinique interne.

De la température dans les fièvres intermittentes.

Clinique externe.

Des divers agents anesthésiques et de leur valeur comparative au point de vue opératoire.

Clinique des maladies mentales et nerveuses.

Existe-t-il un délire des sens ?

Titre de la Thèse à soutenir.

De la Version par manœuvres externes.

SERMENT.

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés. et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants, l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses!

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!